

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA in
Scienze Pedagogiche
Ciclo XXX

Settore Concorsuale: 11/E3 - PSICOLOGIA SOCIALE, DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI

Settore Scientifico Disciplinare: M-PSI/05

**Gli Interventi Educativi Domiciliari nella Regione
Emilia-Romagna: un'indagine esplorativa**

Presentata da
Alessandra Parpinello

Coordinatore Dottorato
Prof.ssa Tiziana Pironi

Supervisore
Prof.ssa Dina Guglielmi

ESAME FINALE ANNO 2019

A mio padre

A mia madre

A Fabio e Gilda che hanno atteso, supportato e colorato il mio percorso

Ai Trentesimi, i migliori compagni di viaggio

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
PARTE PRIMA – IL QUADRO TEORICO	
CAPITOLO PRIMO – FRAMEWORK TEORICO	
1. Premessa.....	8
1.1 Panorama internazionale.....	8
1.1.1 Premessa.....	8
1.1.2 Programma PACE.....	10
1.1.3 PAPFC - Programma di aiuto personale, familiare e comunitario	12
1.1.4 <i>Family preservation programs</i>	18
1.1.5 <i>Intensive family preservation programs</i>	20
1.2 Panorama italiano.....	24
1.2.1 Premessa.....	24
1.2.2 Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (SADE): l’esperienza dell’USSL di Pavia 1987-1988.....	27
1.2.3 L’Educativa Territoriale.....	35
1.2.4 Assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori, Servizio Sociale e USL 22 S. Lazzaro di Savena – Bologna.....	38
1.2.5 Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare ai minori del Comune di Milano 1987.....	46
1.2.6 <i>Home visiting</i> : l’esperienza italiana.....	49
1.2.6.1 Diventare Genitori: un’esperienza di <i>home visiting</i> con mamme e bambini 0-2 a Milano.....	55
1.2.6.2 Linee guide per gli interventi di <i>home visiting</i> nella prevenzione del maltrattamento all’infanzia – CISMAI 2017.....	59
1.2.7 Il Programma P.I.P.P.I.....	65
1.2.7.1 <i>Governance</i> del programma P.I.P.P.I.....	68
1.2.7.2 Framework teorico del Programma P.I.P.P.I.....	70
1.2.7.3 Il target del Progetto P.I.P.P.I.....	72

CAPITOLO SECONDO – Il contesto

2.1 Premessa.....	74
2.2 Cornice legislativa.....	74
2.3 Il sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna.....	79
2.4 I Comuni nel sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna.....	83
2.5 Bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali territoriali in Emilia-Romagna.....	87

PARTE SECONDA – LA RICERCA EMPIRICA

CAPITOLO TERZO – Scopi e impostazioni dell’indagine empirica

3.1 Individuazione del problema.....	92
3.2 Obiettivi e domande di ricerca.....	96
3.3 Formulazione del disegno di ricerca.....	97
3.4 Il questionario.....	99
3.5 Le interviste ai Giudici Onorari del Tribunale per i Minorenni di Bologna.....	105

CAPITOLO QUARTO – I dati

4.1 Premessa.....	108
4.2. Presentazione dei dati.....	108
4.2.1 Area socio-anagrafica.....	108
4.2.2 Area terminologica e generale degli interventi educativi domiciliari.....	110
4.2.3 Area équipe professionale degli Interventi Educativi Domiciliari e formazione specifica degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari.....	113
4.2.4 Area coordinamento degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari.....	121
4.2.5 Area organizzazione del lavoro di équipe.....	125
4.2.6 Area della progettazione, realizzazione e valutazione dell’intervento educativo domiciliare.....	127
4.2.7 Area di analisi degli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nelle fasce: 0-6 anni, 7- 12 anni, 13-18 anni e relazione finale.....	138
4.2.8 Area dei bisogni del Servizio Sociale territoriale nell’ambito degli interventi educativi domiciliari.....	149

CAPITOLO QUINTO – La discussione dei dati

5.1 Perché così pochi?.....	151
5.2 Come il dispositivo degli <i>interventi educativi domiciliari</i> viene interpretato dai Servizi Sociali territoriali nella Regione Emilia-Romagna?.....	152
5.3 Come il dispositivo degli <i>interventi educativi domiciliari</i> viene attivato nei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna e quali caratteristiche presenta nei diversi Servizi?.....	158
CONCLUSIONI.....	161
BIBLIOGRAFIA.....	164
SITOGRAFIA.....	173
APPENDICE 1.....	174
APPENDICE 2.....	190

INTRODUZIONE

Nell'ultimo ventennio una ricca letteratura internazionale nell'area della psicologia dello sviluppo, della sociologia, delle scienze sociali e dell'educazione, delle neuroscienze, della genetica, della biologia e dell'economia, ha confermato l'idea che lo sviluppo umano sia il complesso risultato multifattoriale e multidimensionale nel quale condizioni familiari e sociali si intrecciano. La specie umana è considerata *ipersociale* perché dalla socialità sono derivate le sue possibilità di sopravvivenza. La predisposizione biologica a interagire e comunicare

si realizza soltanto se può intrecciarsi e appoggiarsi molto precocemente su forme ripetitive e ritualizzate d'interazione che sostengano la costruzione di una forma iniziale d'impalcatura di stabilità che consenta alle diverse competenze, in particolare quelle sociali e cognitive, di svilupparsi e regolarsi sulla base delle richieste dell'ambiente. (Emiliani, 2008, p.235)

La carenza o la mancanza di partecipazione a una costruzione ripetitiva e ritualizzata di gesti e azioni “tramite cui il bambino si appropria di un mondo sociale dotato di senso” (Emiliani, p.235) disturba e ritarda lo sviluppo fisico e psichico dei soggetti, come dimostrato dagli studi sulla deprivazione. Costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli stabili sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisce in maniera determinante alla qualità dello sviluppo infantile e della società nel suo insieme. Mobilitare quindi il potenziale educativo delle famiglie e delle comunità è innanzitutto un'azione di giustizia sociale, una responsabilità politica. L'accompagnamento di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità costituisce un ambito fondamentale del lavoro di cura e protezione dell'infanzia, inteso come l'insieme degli interventi che mirano a promuovere condizioni idonee alla crescita (area della promozione), a prevenire i rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (area della prevenzione) e a preservare e/o proteggere la salute e la sicurezza del bambino (area della tutela o protezione in senso stretto). Il perimetro di questo insieme di interventi è assai vasto e comprende, tra i molteplici, anche gli *Interventi Educativi Domiciliari*.

Quando nel 2001 la Cooperativa Sociale con la quale collaboravo mi offrì un'occupazione all'interno del Servizio Sociale territoriale di un Comune in provincia di Modena mi sentii completamente spaesata, curiosa ma spaesata. Avevo da poco conseguito la Laurea Magistrale e non avevo mai avuto l'occasione di approfondire la professione dell'educatore in quello specifico contesto. Ben presto mi affidarono il primo incarico: un intervento educativo

domiciliare. Mi sentii un po' come Alice nel paese delle meraviglie quando, nella buca della conigliera "sprofondava così improvvisamente che Alice non ebbe un solo istante l'idea di fermarsi: si sentì cader giù rotoloni in una specie di precipizio che rassomigliava a un pozzo profondissimo" con l'unica differenza che se Alice aveva l'impressione di ruzzolare "con grande lentezza, perché ebbe tempo, cadendo, di guardarsi intorno e di pensar meravigliata alle conseguenze" io di tempo ne avevo davvero poco. Appresi infatti fin da subito come la dimensione temporale nel Servizio Sociale territoriale fosse instabile e tendente ad accelerazioni improvvise.

Il contesto del Servizio Sociale si configurò fin da subito un'occasione di arricchimento professionale, una possibilità, di "sconfinamento", di "incontro, di contaminazione e di arricchimento", che "apre al cambiamento e alla ricerca di territori nuovi e imprevisi", che "rende il pensare e l'agire più audaci, in quanto disponibili a sperimentare [...]" (Contini, Fabbri, & Manuzzi, 2006, p.36). Incontrai numerosi professionisti perlopiù di matrice sanitaria e sociale (assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, psichiatri, infermieri, etc.) imparando a conoscere i loro linguaggi e cercando di ampliare il mio. Nella nostra piccola équipe di educatori che si occupavano di interventi educativi domiciliari era presente la figura del coordinatore pedagogico che oltre alla funzione tradizionale di coordinamento ci offriva sostegno e supporto. Lavorare nel contesto domiciliare si dimostrò da subito molto complesso, il rischio maggiore che si incontrava era la solitudine, il sentirsi solo nonostante ci incontrassimo in équipe educativa a cadenza settimanale e presenziassimo anche alle équipe mensili sociali e psicosociali. Fu in quei contesti che cominciammo a pensare di strutturare una cassetta degli attrezzi dell'educatore che si occupa di interventi educativi domiciliari, una cassetta contenete strumenti che potessero orientare la pratica del lavoro educativo nel contesto domiciliare e che fossero condivisi a più livelli. Gli strumenti vennero strutturati sulla base delle nostre esperienze concrete prendendo spunto da strumenti educativi consolidati in altri ambiti (ambito scolastico e ambito delle comunità residenziali) e vennero condivisi con assistenti sociali e psicologi dell'équipe psicosociale.

Fu proprio così che, un po' come Alice "l'eroina della voglia di conoscere [...]" immersa nelle meraviglie, ma non c'è nulla che la meravigli veramente, [...] sempre stupita ma non conosce ostacoli" che "ci ricorda che c'è uno specchio e un dietro lo specchio" (Faeti, 2010, pp. 59-60), ho deciso di approfondire gli interventi educativi domiciliari nel corso del Dottorato di ricerca. Le domande di partenza che hanno dato avvio al mio percorso sono state molteplici e si sono

andate via via specificando nel corso degli anni di studi per essere poi sviluppate nel presente lavoro di tesi.

La ricerca oggetto del percorso di dottorato si focalizza su come, nella Regione Emilia-Romagna, il dispositivo degli interventi educativi domiciliari venga interpretato e attivato dai diversi soggetti istituzionali (Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali territoriali), con un approfondimento relativo al contesto dei Servizi Sociali territoriali. L'obiettivo generale che ci si propone è quello di fornire informazioni utili a orientare le politiche e le realizzazioni a livello regionale e nazionale.

La tematica oggetto della tesi è stata esplorata mediante un'attenta analisi della letteratura internazionale e nazionale, la strutturazione e somministrazione di un questionario (*Gli interventi educativi domiciliari nella Regione Emilia-Romagna*) rivolto ai Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori della Regione Emilia-Romagna e la realizzazione di alcune interviste a giudici del Tribunale per i Minorenni di Bologna.

Nella prima parte, dedicata a delineare il quadro teorico, vengono presentati e analizzati alcuni dei più rilevanti programmi internazionali di sostegno alla genitorialità rivolti a famiglie multiproblematiche nei contesti domiciliari. L'analisi proseguirà con l'esplorazione delle esperienze maggiormente significative a livello nazionale. Nel capitolo successivo verrà preso in esame il contesto a partire dalla cornice legislativa e dall'organizzazione dei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna.

La seconda parte della tesi è dedicata alla ricerca empirica. In essa viene delineato il progetto di ricerca nelle sue fasi (problema di ricerca, obiettivi, disegno e metodologia), per poi passare a una descrizione puntuale dell'elaborazione del questionario, strumento di indagine utilizzato nel contesto dei Servizi Sociali territoriali. Il capitolo successivo è dedicato alla presentazione dei dati condotta con rigore e attenzione nonostante il numero assai ridotto di risposte ottenute. L'ultimo capitolo è dedicato alla discussione dei dati rilevati con il questionario con commenti di accompagnamento, laddove pertinente, di parti delle interviste fatte a giudici del Tribunale per i Minorenni di Bologna (anche in questo caso il numero delle interviste è stato molto ridotto).

PARTE PRIMA

Il quadro teorico

CAPITOLO PRIMO

Framework teorico

1. Premessa

Nel presente capitolo verranno approfondite le tematiche relative agli interventi di sostegno alla genitorialità e in particolare verranno presentati progetti educativi domiciliari rivolti a famiglie e minori in condizioni di vulnerabilità.

A partire dalla presentazione e dell'analisi di alcuni dei più rilevanti programmi internazionali rivolti a famiglie multiproblematiche l'analisi verrà condotta sulle esperienze nazionali maggiormente significative.

1.1 Panorama internazionale

1.1.1 Premessa

Negli Stati Uniti durante gli anni Ottanta si sono diffuse diverse esperienze di programmi strutturati di intervento per la prevenzione dell'allontanamento dei bambini dalla loro famiglia d'origine. Tali esperienze, che vanno sotto la denominazione di *Family Preservation Services*, sono caratterizzate da interventi centrati sulla famiglia, che si svolgono nella casa della famiglia, attraverso attività rivolte al potenziamento delle risorse della famiglia e delle sue relazioni con la comunità di appartenenza (Schuerman et al. 1994). Tra i programmi più famosi l'*Homebuilders*, nato nello Stato di Washington nel 1974, che ha dato avvio negli Stati Uniti alla diffusione degli *Intensive Family Preservation Services*, caratterizzati da interventi intensi e di breve durata, con operatori disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per un periodo che va da quattro a sei settimane (Fraser et al. 1991). L'esperienza di *Homebuilders* si è diffusa anche in Europa ed è stata sperimentata in Olanda, in Belgio e nel Regno Unito con denominazioni diverse (Crisishup ann Huis in Belgio, Families First in Olanda e Regno Unito). Le valutazioni dell'efficacia di *Homebuilders* svolte in tutti i territori hanno messo in evidenza elevati tassi di prevenzione del collocamento etero familiare dei bambini e positivi cambiamenti nel funzionamento della famiglia (Leavitt, Booth, 2008). Lo stesso non si può dire delle altre tipologie di *Family Preservation Services* che dimostrano risultati contraddittori e non stabili (Biehal, 2005).

Ciò che sembra garantire la reale efficacia del modello *Homebuilders* è l'applicazione di un programma strutturato che individua chiaramente le tipologie di intervento (colloquio motivazionale, strategie di rafforzamento dei comportamenti dei genitori) sulla base di una teoria chiara dei cambiamenti attesi (Leavitt, Booth, 2010). Un'altra importante esperienza statunitense che ha realizzato un programma strutturato di aiuto ai bambini provenienti da ambienti sfavoriti è *Head Start*. Tale modello nasce negli anni Sessanta nell'ambito del dibattito pedagogico che attribuisce all'ambiente sociale la responsabilità dell'insuccesso scolastico dei bambini e si fonda su un intervento compensativo che prevede l'assistenza medica ai bambini, il miglioramento della loro nutrizione e la partecipazione attiva dei genitori ai programmi educativi. Il programma *Head Start*, opportunamente rivisto e aggiornato, è ancora attivo negli Stati Uniti ed è stato preso a modello da un altro programma, attivato nel Regno Unito e denominato *Sure Start*. *Sure Start* è volto ad assicurare una “buona partenza” a tutti i bambini attraverso interventi di promozione dell'istruzione, della salute e della genitorialità.

Un'ultima esperienza importante a livello internazionale è il *Programme d'Aide Personnelle, Familiale et Communautaire* (PAPFC) messo a punto e sperimentato negli anni Novanta nella regione canadese del Québec (Palacio-Quintin et al. 2001). Il PAPFC adotta un metodo ecosistemico e si propone di dare una valida soluzione ai tanti problemi delle famiglie negligenti attraverso una procedura integrata, che mira a permettere a tali famiglie di risolvere progressivamente i problemi e assumersi le proprie responsabilità. Inoltre, nel panorama internazionale, esistono anche altre pratiche e programmi di intervento domiciliare e di sostegno alla genitorialità costruiti su modelli strutturati (*Webster-Stratton Incredible Years; Triple P – Positive Parenting Program; Multidimensional Treatment Foster Care*).

Tutte le esperienze suggeriscono che per garantire l'efficacia dei risultati alcune caratteristiche siano imprescindibili:

- interventi teoricamente fondati;
- chiara comprensione dei meccanismi di cambiamento attesi per i genitori e per i bambini;
- attenzione alla documentazione del progetto nelle sue diverse parti;
- importanza della partecipazione dei genitori e dei bambini nella definizione della progettazione (Ghate, 2008; Moran et al. 2004);
- chiarezza della strutturazione dei programmi di lavoro (Rose et al. 2009).

Duggan et al. (2004) in uno studio sull'efficacia degli interventi di educativa domiciliare (*The Healthy Start Program model*, nelle Hawaii) confermano quanto sopra riportato, dimostrando come l'assenza di cambiamenti significativi tra gli esiti degli interventi sia correlata alle modalità di implementazione del programma. In particolare, Duggan et al. (2004) riportano che l'assenza di protocolli e linee guida e la genericità degli obiettivi non ben collegati ai fattori per i quali è stato pensato l'intervento, consegnano al singolo operatore la responsabilità dell'efficacia dell'intervento.

Verranno di seguito presentati alcuni dei programmi maggiormente significativi del panorama internazionale con particolare attenzione all'efficacia dei risultati.

1.1.2 Programma PACE

Il PACE (Programma d'azione comunitaria a favore dei bambini) è un programma attivato dal governo canadese a seguito della firma della Dichiarazione mondiale a favore della sopravvivenza, della tutela e dello sviluppo in occasione del vertice mondiale per l'infanzia del 1990. Il programma ha previsto, attraverso la collaborazione di molti organismi comunitari con i servizi pubblici, l'attivazione in tutte le province canadesi dei servizi psico-socio-educativi destinati ai bambini in condizioni di vulnerabilità e ai loro genitori. In particolare, PACE si rivolge a bambini e famiglie esposti a fattori di rischio come la povertà, l'essere famiglie monogenitoriali, disfunzionali, il possedere un basso livello di scolarità, ecc. In Québec sono stati creati 244 progetti PACE di educazione familiare che, pur con un obiettivo primario, perseguono vari obiettivi specifici (servizi di stimolo ai bambini, accompagnamento e sostegno genitoriale, programmi perinatali, servizi sia ai genitori che ai figli), modelli teorici di riferimento diversi come la durata e l'intensità dell'intervento. L'attuazione e gli effetti del programma e dei progetti sono stati valutati da un'equipe di ricercatori. Tale valutazione mirava a verificare l'accessibilità del PACE-Q all'utenza debole e in particolare: a) lo sviluppo, la strutturazione, l'organizzazione e il funzionamento dei progetti; b) la collaborazione e il coordinamento con le altre risorse coinvolte nella realizzazione dei progetti; c) la relazione tra gli utenti affettivamente coinvolti nei progetti e la popolazione considerata. Inoltre, con l'obiettivo di identificare le variabili esplicative del funzionamento dei progetti e individuare le condizioni che favoriscono o inibiscono la loro realizzazione, è stata condotta un'analisi qualitativa su un numero ristretto di progetti.

La valutazione degli effetti dei progetti PACE-Q è stata realizzata in due parti. Nella prima, i ricercatori hanno valutato l'adeguamento tra le tipologie di attività offerte ai bambini dai 6 ai 12 anni e le relative problematiche. Nella seconda parte sono stati valutati gli effetti dei progetti su bambini dagli 0 ai 5 anni e sui loro genitori. Rispetto alla seconda parte sono state esaminate due questioni principali: una relativa alla verifica dell'utenza (i progetti PACE-Q sono riusciti a raggiungere l'utenza vulnerabile cui erano destinati?) e una relativa ai risultati dei progetti (quali sono le ricadute dei progetti PACE-Q sull'utenza raggiunta?). Per quanto concerne gli effetti dei progetti PACE-Q su bambini dagli 0 ai 5 anni e sui genitori coinvolti nel progetto è stato utilizzato un protocollo composto da diversi questionari e scale ai quali i genitori hanno risposto nel corso di un colloquio in forma di pre-test e post-test, nove mesi dopo. Il questionario, che prevede una serie di domande e di scale al fine di valutare varie dimensioni sia nel bambino che nel genitore, è strutturato in due parti: una relativa alla valutazione del PACE su tutto il territorio canadese e un'altra elaborata appositamente per il Québec. Nel post-test il questionario prevede una sezione complementare per raccogliere informazioni sui benefici che i genitori reputano di aver avuto dalla partecipazione a un progetto PACE-Q. Le variabili studiate sono di tre ordini: dimensioni relative al bambino (problemi di comportamento, problemi di competenza sociale del bambino), dimensioni relative all'interazione genitore-figlio (punizioni utilizzate dai genitori, frequenza delle interazioni negative, strutturazione educativa genitoriale) e dimensioni relative ai genitori e alla famiglia (stress genitoriale legato all'attaccamento al bambino, sintomi depressivi, problemi di funzionamento familiare, soddisfazione genitoriale, senso di controllo e percezione dei genitori relativamente al miglioramento attribuibile alla loro partecipazione a un progetto PACE-Q). È stato ipotizzato che l'intervento potesse avere degli effetti diretti e indiretti, i primi relativi a una specifica dimensione prevista dall'intervento e i secondi relativi ai cambiamenti prodotti in una dimensione non prevista dall'intervento (es. Sintomi depressivi del genitore).

Le tre categorie di intervento hanno sortito effetti positivi diretti e indiretti su diverse dimensioni del bambino, del genitore e della famiglia. Rispetto alla categoria "stimolo del bambino" si sono riscontrati effetti positivi sulla competenza sociale dei bambini e una diminuzione dei comportamenti iperattivi. A questi effetti diretti si aggiungono effetti indiretti come la diminuzione dell'utilizzo da parte dei genitori di punizioni violente quando il figlio ha comportamenti negativi, la diminuzione dei problemi di funzionamento familiare e la diminuzione dello stress genitoriale.

Gli interventi sia con i bambini che con i genitori ottengono risultati interessanti. Rispetto alla categoria “stimolo del bambino” si sono riscontrati effetti positivi sulla competenza sociale dei bambini e una diminuzione dei comportamenti iperattivi, a questi effetti diretti si aggiungono effetti indiretti come la diminuzione dell'utilizzo da parte dei genitori di punizioni violente quando il figlio ha comportamenti negativi, la diminuzione dei problemi di funzionamento familiare e la diminuzione dello stress genitoriale. Rispetto alla categoria di intervento “abilità genitoriali” ha avuto effetti positivi dando luogo alla diminuzione dell'utilizzo di punizioni violente, la diminuzione di una strutturazione educativa casuale, la diminuzione dell'interazione negativa tra genitore e figlio e l'aumento della soddisfazione genitoriale, a questi effetti diretti si aggiungono effetti indiretti come la diminuzione dei problemi di funzionamento familiare, dello stress e dei sentimenti depressivi nei genitori.

I risultati sono di gran lunga superiori quando l'intervento coinvolge entrambe le parti. Questa forma di intervento si avvantaggia dei risultati riscontrabili nelle altre due categorie di intervento e produce ulteriori miglioramenti per il bambino e per il genitore. In particolare, i genitori di questo gruppo manifestano una tendenza a modificare la loro strutturazione educativa verso una maggiore flessibilità e un miglioramento del senso di controllo sugli avvenimenti. I genitori di questo gruppo dichiarano di aver ottenuto il maggior beneficio dalla partecipazione alle attività sia sul piano della comprensione del rapporto affettivo sia dello stimolo e sviluppo del figlio che dei metodi di punizione eventualmente da utilizzare.

1.1.3 PAPFC - Programma di aiuto personale, familiare e comunitario

Il *Programma di aiuto personale, familiare e comunitario* (PAPFC) (Ethier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité & Couture, 1991). è un programma multidimensionale e specifico messo a punto, sperimentato e valutato nella regione canadese del Québec. Il Programma, attraverso una procedura integrata e complessa, mira a favorire nelle famiglie negligenti la risoluzione dei problemi e l'assunzione di responsabilità. Il modello ecosistemico adottato tiene conto non solo del sistema familiare, della rete sociale e dell'ambiente in generale ma anche delle esigenze e della dimensione intrapsichica di ciascun membro della famiglia.

I destinatari del programma, le famiglie negligenti, vengono caratterizzate dagli autori come famiglie che presentano diverse difficoltà come per esempio: grande povertà, esclusione dal mondo del lavoro, analfabetismo, instabilità, violenza, isolamento sociale. Spesso i genitori hanno gravi problemi psicologici, sono depressi e immaturi, con una scarsa autonomia,

intellettualmente limitati oppure con difficoltà a risolvere i problemi quotidiani. Non rispondono in maniera adeguata ai bisogni dei propri figli e talvolta hanno avuto essi stessi problemi durante l'infanzia non avendo avuto quindi dei validi modelli educativi a cui fare riferimento (Palacio-Quintin e Ethier, 1993).

La modalità di intervento mette al centro la famiglia evitando di allontanare il bambino da essa e aiuta i genitori a prendersi adeguatamente cura dei propri figli. Palacio-Quintin, assumendo come base teorica il modello di sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979) e le teorie esplicative sui maltrattamenti (Belsky, 1980; Cicchetti e Toth, 1995; Garbarino, 1990) hanno messo a punto, sperimentato e valutato un programma multidimensionale specifico per rispondere ai bisogni delle famiglie negligenti: il *Programma d'aiuto personale, familiare e comunitario* (PAPFC) (Ethier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité & Couture, 1991).

Di seguito le caratteristiche del Programma:

- La negligenza e la relazione dinamica tra negligenza e violenza familiare costituiscono il primo target del programma;
- Il programma è rivolto a famiglie con bambini piccoli (da zero a sei anni);
- Il programma tiene conto di tutti i membri della famiglia: la madre (o l'attuale compagna del padre), il padre (o l'attuale compagno della madre), l'insieme dei figli e qualsiasi altra persona che viva in famiglia. Si considerano i bisogni e le problematiche di ciascuno così come della famiglia quale organismo;
- Il programma considera la famiglia negligente come parte di una comunità all'interno della quale essa imparerà a sviluppare una rete di aiuti reciproci, a utilizzare le risorse comunitarie al fine di migliorare, da un lato i rapporti familiari e dall'altro quelli con l'esterno, innalzando così la propria qualità di vita;
- Il programma è multidimensionale, si propone cioè di intervenire a più livelli contemporaneamente (psicologico, educativo, sociale) nonché sulla vita pratica della famiglia negligente. A tal fine utilizza tecniche di intervento differenziate;
- Il programma è integrato e ricerca la coerenza tra gli interventi previsti;
- Il programma è diretto da un'équipe multidisciplinare. Vi collaborano psicologi, assistenti sociali, educatori;
- Un'équipe clinica coordina lo svolgimento degli interventi e il percorso individuale di ciascuna famiglia;
- È a lungo termine (tra i 18 e i 24 mesi almeno) che si interrompe gradatamente.

L'obiettivo principale del programma è quello di evitare l'affidamento dei bambini e fare in modo che la famiglia dia loro maggiori cure sia fisiche che psicologiche, riducendo la negligenza e la violenza.

Gli obiettivi intermedi sono:

- Miglioramento della qualità della dinamica familiare (riduzione delle interazioni negative e della violenza, incremento delle interazioni positive, miglioramento della coesione e dell'adattabilità familiare);
- La valorizzazione della funzione di genitore all'interno della famiglia;
- Lo sviluppo delle capacità dei genitori di rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei propri figli;
- La regressione dei problemi di sviluppo e di comportamento del bambino;
- Il miglioramento dello stato psicologico dei genitori (riduzione dell'angoscia e dei sintomi depressivi, incremento dell'autostima);
- L'inserimento sociale della famiglia.

Il PAPFC si compone di cinque parti unite attraverso un meccanismo di coordinamento.

- 1) *Il genitore in quanto bambino e in quanto adulto*: attività di gruppo con la presenza di entrambi i partner. Attività di tipo terapeutico che mirano a permettere ai partecipanti di prendere coscienza dei loro principali problemi personali e familiari per poi elaborarli. Questa fase comprende venti sedute di gruppo durante le quali si favoriscono scambi tra tutti i partecipanti ma anche scambi all'interno di sottogruppi (solo uomini, solo donne, sottogruppi misti). Si discute delle situazioni di crisi familiare e si fanno degli esercizi che stimolano l'espressione delle emozioni e dell'empatia, la comunicazione, la presa di coscienza, o che insegnano la non ripetizione di ruoli specifici all'interno del nucleo familiare.
- 2) *Il genitore in quanto genitore*: attività di gruppo centrate sui problemi relativi al ruolo di genitore. Il programma proposto combina attività volte ad aumentare la capacità del genitore di risolvere dei problemi, ad attività che mirano a sviluppare delle abilità tipicamente riconducibili al suo ruolo, ad attività informative sulle risorse comunitarie. Questa fase prevede venti sedute destinate ad entrambi i partner e in alcuni casi è prevista la presenza dei bambini. Obiettivo complementare a questa parte del programma è quello di sviluppare, attraverso il lavoro di gruppo, le abilità relazionali e sociali in quei genitori che ne abbiano l'esigenza.

- 3) *La stimolazione del bambino*: formazione di un gruppo educativo per bambini da due a sei anni con l'obiettivo dell'adattamento sociale del bambino e della stimolazione del suo sviluppo senso-motorio, linguistico e cognitivo. In alternanza all'inserimento del bambino in un gruppo di lavoro specifico è possibile assicurarsi la frequenza presso un servizio educativo (asilo nido o scuola materna) favorendo lo sviluppo di uno stretto legame con l'educatrice con gli obiettivi di comprendere le esigenze specifiche del piccolo, dare consigli e per avere informazioni sul bambino. Nel caso di bambini con età dai sei anni in su un operatore segue direttamente il percorso scolastico.
- 4) *Famiglia - sostegno e sostegno comunitario*: sostegno concreto ed emotivo alla famiglia negligente nella vita di tutti i giorni, trasferimento nel quotidiano dei progressi fatti nel corso del programma di aiuto e facilitazione all'inserimento della famiglia nella comunità. Famiglie di appoggio (coppie volontarie specificamente formate e supervisionate da un esperto) hanno il compito di rispondere quotidianamente ai bisogni delle famiglie attraverso contatti regolari e la creazione di una relazione di fiducia dapprima con gli adulti e poi con il bambino e il suo entourage. Facilitare l'accesso a servizi o attività sociali rispondenti alle loro esigenze al fine di soddisfare i propri bisogni e rendere più fitta la rete di aiuti formali e informali.
- 5) *Il percorso individuale*: ciascun intervento è adattato ai bisogni specifici di ciascuna famiglia. Incontri regolari tra l'operatore responsabile del caso e la famiglia per fare il punto della situazione e proporre eventualmente dei percorsi particolari. L'équipe clinica, della quale fa parte l'operatore responsabile, analizza regolarmente la situazione di ciascuna famiglia.

Rispetto alle persone coinvolte, all'équipe multidisciplinare si integrano persone, professionisti e non, appartenenti alla comunità. Al programma partecipano tutti i membri della famiglia target.

L'équipe operativa è formata da: équipe clinica, famiglia di appoggio ed educatrici del gruppo di stimolazione rivolto ai bambini.

L'équipe clinica è responsabile della realizzazione e del coordinamento del programma per tutta la sua durata; è formata da uno o più operatori responsabili dei casi seguiti dall'équipe, da due animatori della attività di gruppo, dal supervisore delle famiglie-sostegno e da un professionista responsabile del coordinamento dell'équipe. Il ruolo del coordinatore dell'équipe e quello di supervisore delle famiglie-sostegno possono essere assunti da una stessa persona. La funzione

di supervisore deve essere invece distinta da quella dell'operatore responsabile dei singoli casi, così come da quella dell'animatore.

L'équipe traccia, sulla base di un'analisi approfondita, un quadro dei bisogni dei punti forti e delle carenze di ciascuna famiglia individuando per ognuna di esse obiettivi specifici. Segue poi l'incontro tra famiglie target e famiglie d'appoggio. Avviato il programma, l'équipe si riunisce ogni due settimane per fare un bilancio completo di ciò che si è verificato in ciascuna famiglia. A partire da questa analisi si definiranno nuovi obiettivi e nuove strategie di intervento messe in atto da una o più persone presenti nell'équipe operativa.

Il supervisore segue con regolarità il lavoro delle famiglie d'appoggio mentre l'operatore responsabile del caso resta in continuo contatto con l'educatrice che anima il gruppo di stimolazione dei bambini e con tutte le altre persone della comunità che contribuiscono al processo.

La forma di lavoro d'équipe permette oltre a un approccio individualizzato e multidisciplinare di fornire un sostegno importante all'operatore responsabile del caso. Garantisce inoltre una maggiore obiettività nell'analisi delle diverse situazioni e rappresenta un valido mezzo di coesione e coordinamento dei vari interventi previsti.

La prima sperimentazione del programma è stata avviata dall'équipe di Palacio-Quintin e i *centres de protection de l'enfance et de la jeunesse Maurice-Bois-Francis* (CPEJ-MBF) del Québec ed è terminata nel 1995.

Per la sperimentazione sono state formate quattro diverse équipe costituite da quattro famiglie di appoggio, due educatori, un pediatra e da membri dell'équipe clinica (uno o due operatori del CPEJ-MBF, responsabili di ogni caso specifico, uno psicologo, coordinatore dell'équipe clinica, un responsabile delle famiglie di appoggio, un animatore del gruppo "Il genitore in quanto genitore", un animatore del gruppo "Il genitore in quanto bambino e adulto", un ricercatore).

Prima dell'avvio del programma le quattro équipe specializzate hanno seguito una formazione specifica rispetto alle modalità di intervento e agli obiettivi del PAPFC. Allo stesso tempo le famiglie d'appoggio sono state selezionate tra le famiglie volontarie proposte dai CPEJ e formate tramite un percorso formativo della durata di cinque mezze giornate. Le famiglie, nel corso dell'intervento, sono state costantemente seguite da un supervisore e dal coordinatore dell'équipe clinica.

La sperimentazione ha interessato 31 famiglie in cui si era verificata la presenza di negligenza o negligenza accompagnata da violenza verso bambini tra 0 e 6 anni. In totale sono stati seguiti 80 bambini, di cui 57 target tra 0 e 6 anni e 23 bambini con più' di 7 anni. La maggior parte delle famiglie presenta la caratteristica di assenza di lavoro dei genitori e di fruizione di sussidi sociali, i livelli di scolarizzazione risultano essere bassi, spesso i genitori non hanno concluso la scuola dell'obbligo. La percentuale di famiglie monogenitoriali coinvolte nel programma risulta essere maggiore rispetto a quella della popolazione generale di riferimento (45% versus il 20% di famiglie monogenitoriali in Québec). Le famiglie target hanno una media di figli (2,58) superiore all'indice di natalità in Québec (1,5). La maggior parte delle famiglie (79%) è recidiva e risulta già in carico ai servizi. La metà dei bambini ha già vissuto un'esperienza di affido.

La valutazione dell'efficacia del PAPFC è stata effettuata sulla base di diversi parametri. La prevenzione al collocamento etero familiare è stata considerata un indice di efficacia e le famiglie sono state valutate secondo vari criteri: a) il benessere del bambino e la qualità di cure (valutati con la versione di Vezina e Bradet, 1990, della batteria *The Child Well-Being Scales* di Magura e Moses, 1984); b) lo stato depressivo dei genitori (valutato con la versione di Gauthier et al., 1982, della *Scala di depressione* di Beck et al., 1988); c) la predisposizione all'abuso da parte dei genitori (valutato con la versione di Palacio-Quintin, 1992 del Child Abuse Potential Inventory/CAPI di Milner, 1980); d) i disturbi del comportamento del bambino (valutati attraverso la versione di Pettigrew e Begin, 1993, de *l'Inventario dei comportamenti del bambino* di Achenbach e Edelbrock, 1983).

Le valutazioni sono state realizzate:

- prima dell'intervento (Pre-test);
- ventidue mesi dopo la fine dell'intervento (Post-test1);
- Due anni dopo l'inizio dell'intervento (Post-test2) su 27 famiglie (87% di quelle valutate nel Post-test1 - i bambini rintracciati sono stati il 91% del campione originario).

Attraverso indagini qualitative sono stati analizzati: il cambiamento registrato all'interno di ciascuna famiglia e gli effetti specifici dei diversi interventi su ogni nucleo familiare in funzione delle caratteristiche proprie a ciascuno di essi.

Rispetto alla prevenzione al collocamento etero familiare, principale indice dell'efficacia dell'intervento, i rilevamenti effettuati presso le famiglie indicano un'ottima percentuale di bambini che restano a casa sia in fase di Post-test1 che in fase di Post-test2. I dati raccolti

indicano che il PAPFC ha permesso di evitare un numero consistente di collocamenti e di mantenere dei bambini trascurati nelle loro famiglie garantendone sicurezza e buone condizioni di vita e di sviluppo. Il programma ha inoltre permesso di riportare in famiglia bambini che erano in affidamento attraverso la promozione di cambiamenti all'interno della famiglia negligente.

Rispetto alle condizioni dei bambini e in particolare rispetto al benessere del bambino i risultati mostrano un aumento significativo: dall'esame pediatrico il generale stato di salute dei bambini è migliorato nel 33% dei casi. I risultati ottenuti attraverso *l'Inventario dei comportamenti del bambino* (Achenbach e Edelbrock, 1983) mostrano che i genitori percepiscono nei loro figli, al momento del post-test, minori problemi interiori (depressione, somatizzazioni, ecc.) e di comportamento rispetto al pre-test.

Importanti cambiamenti sono stati registrati anche nelle madri con una diminuzione significativa sia di depressione che di predisposizione all'abuso. L'aspetto significativo è che tali variabili diminuiscono ancor di più in fase di Post-test².

Da un punto di vista qualitativo i risultati emersi riportati sono:

- Miglioramento nell'organizzazione familiare (orari più regolari, pasti meglio organizzati, regole di comportamento più chiare, maggiore igiene personale);
- Maggiore autostima del padre e della madre;
- Incremento delle abilità sociali dei genitori;
- Più dialogo tra genitori e figli e all'interno della coppia (aumento delle interazioni positive e dell'espressione dei sentimenti);
- Miglioramento dello stato generale di salute dei bambini;
- Miglioramento dei comportamenti adattivi dei bambini (sia a casa che a scuola che nel gruppo).

1.1.4 *Family preservation programs*

A partire dal 1980 si assiste, negli Stati Uniti, alla diffusione di politiche e programmi pubblici volti a rafforzare le famiglie. I *Family preservation programs* (FPS) si sviluppano come un'alternativa al collocamento e prevedono il mantenimento dei minori in sicurezza nella loro abitazione o comunità e l'attivazione di diversi servizi (Bryce & Lloyd, 1981; Goldstein, 1973; Hutchison, Dattalo, & Rodwell, 1994; Maluccio, Pine, & Warsh, 1994).

I *Family preservation programs* presentano le seguenti caratteristiche:

- I servizi sono forniti alla famiglia anche se una serie di attività possono essere rivolte all'individuo;
- I servizi sono rivolti a famiglie con bambini a rischio di collocamento;
- I servizi sono limitati dal punto di vista temporale: hanno una durata che va da uno a cinque mesi. Storicamente molti programmi "intensive" come il programma *HomeBuilders* hanno una durata che va da quattro a otto settimane. Quest'ultimi programmi sono il risultato degli studi condotti tra gli anni '70 e '80 del secolo scorso in materia di trattamento breve e intervento in situazione di crisi (si veda capitolo successivo). Agli inizi degli anni '90 si assiste alla diffusione di programmi multisistemici caratterizzati da molti elementi dei *Family preservation* con una durata superiore (da tre a cinque mesi) (Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald, & Hanley, 1993);
- I servizi sono flessibili in modo da permettere ai membri della famiglia di partecipare compatibilmente con impegni scolastici, extrascolastici, lavorativi ed extra. Generalmente i servizi sono forniti in contesto domiciliare;
- I servizi sono strutturati sulla base dei bisogni della famiglia e dei suoi membri secondo una prospettiva ecologica, sistemica e psico-educativa che include una serie di tipologie di interventi (assistenza, consulenza familiare, sostegno delle competenze e assistenza legale);
- I servizi sono erogati a partire dai valori, dalle credenze e dalla cultura della famiglia;
- I servizi si articolano in azioni da attuare 24 su 24, sette giorni su sette;
- Gli operatori hanno un numero contenuto di situazioni da seguire (da due a un massimo di sei famiglie) e possono fare visita alle famiglie in diversi momenti della settimana. Il termine "intensive" è utilizzato per descrivere quei programmi nei quali la presenza dell'operatore è massiccia e arriva a superare le 15 ore settimanali (Angelou, 1985; Nelson & Landsman, 1992; Yuan & Rivest, 1990).

I *Family preservation services* vengono definiti a grandi linee come servizi focalizzati sulle famiglie, articolati per prevenire il collocamento o per favorire il ritorno a casa di minori allontanati in precedenza e collocati in comunità, case famiglia, famiglie affidatarie oppure carceri minorili.

Rispetto all'efficacia dei FPS diversi sono stati gli studi condotti. Fraser M.W., Nelson K.E., Rivard J.C. (1997) hanno esaminato, a partire dal 1985, i risultati degli studi sui FPS relativi a:

il collocamento, l'ospedalizzazione, l'incarceramento e la riunificazione (questioni rilevanti dal punto di vista politico in considerazione delle importanti risorse investite). Le conclusioni di Fraser M.W., Nelson K.E., Rivard J.C. (1997) evidenziano che i FPS possono essere uno strumento efficace per combattere la violenza sui minori e sono coerenti con i lavori di altri ricercatori che hanno riconosciuto l'importanza della centralità della famiglia nella predisposizione di programmi volti a prevenire il collocamento (Gordon, Graves, & Arbuthnot, 1995).

In posizione opposta MacDonald (1994) e Weisman (1994) hanno criticato la diffusione di tali programmi avviando riflessioni in merito al sostegno e al supporto delle famiglie: i *Family preservation services* sarebbero inefficaci nel rafforzare le famiglie e troppo spesso fallirebbero nell'obiettivo di prevenire il collocamento, i maltrattamenti e la delinquenza minorile. A questa tipologia di azioni verrebbe contrapposta una prospettiva volta a mettere al centro il bambino e la sua protezione (Gelles, 1993; Ingrassia, & McCormick, 1994).

1.1.5 Intensive family preservation programs

Fin dal 1970 gli *Intensive family preservation programs* sono stati utilizzati ampiamente con famiglie in difficoltà ad elevato rischio di collocamento dei minori (Al Stams, Van der Laan, & Asscher, 2011; Lindsey, Martin & Doh, 2002) con l'obiettivo principale di prevenire l'allontanamento. La teoria dell'attaccamento di Bowlby del 1969 ha permesso ai *Family Preservation Programs* di guadagnare molta popolarità: il principio secondo cui la separazione dei bambini dai loro genitori biologici è ritenuta causa di problemi di attaccamento nei bambini (Bowlby, 1969) ha reso gli interventi domiciliari finalizzati a migliorare il funzionamento familiare come preferibili rispetto al collocamento etero familiare, promuovendone anche l'efficacia dei costi (Lindsey et al., 2002).

Gli obiettivi degli *Intensive family preservation programs* sono: a) superamento delle difficoltà; b) miglioramento del funzionamento familiare; c) promozione del sostegno sociale alla famiglia (Kinney, Happala, & Booth, 1991).

Sebbene con denominazioni diverse la maggior parte degli IFPP (*Intensive family preservation programs*) sono stati articolati a partire dal modello *Homebuilders*, sviluppato a Washington nel 1974 (Kinney, Madsen, Fleming & Happala, 1977).

Le caratteristiche più rilevanti del modello *Homebuilders* sono: a) avvio rapido dell'intervento (entro le 24); b) un numero limitato di casi corrispondenti per gli Operatori; c) una durata limitata nel tempo (quattro-sei settimane); d) interventi intensivi e flessibili; e) interventi sia di tipo terapeutico che di supporto concreto come l'organizzazione di supporto finanziario (Berry, 1997; Kinney et al., 1991; Ryan & Schuerman, 2004; Tully, 2008).

Gli IFPP (*Intensive family preservation programs*) si sviluppano a partire dalle "teorie della crisi" (Caplan, 1964; Rapoport, 1962). Durante una crisi, indotta da un improvviso elemento che prova disequilibrio (Golan, 1987), il funzionamento familiare è disturbato seriamente e i meccanismi di coping familiare e i supporti sociali risultano insufficienti (Caplan, 1964). L'obiettivo degli interventi è di superare la crisi e fornire alla famiglia una nuova forma di coping volta a diminuire le possibilità di una nuova situazione di crisi (Rapoport, 1970).

Gli approcci terapeutici vengono raramente utilizzati nell'implementazione dei programmi, gli interventi sono infatti centrati su tutta la famiglia in linea con un approccio sistemico nel quale il comportamento di ciascun membro della famiglia può essere compreso a partire dalle interazioni interne che ne influenzano l'equilibrio (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). In aggiunta, negli interventi di *Intensive family preservation programs* è utilizzato un approccio ecologico che considera la famiglia come un sistema aperto influenzato, per esempio, dalla scuola e dal vicinato (Bronfenbrenner, 1979). Altri approcci utilizzati dagli IFPP sono: il "*competence approach*" e il "*solution focused approach*". Il primo è finalizzato all'empowerment e alla promozione delle abilità e delle risorse dei soggetti (Graves & Shelton, 2007; Masterpasqua, 1989). Il secondo, "*solution-focused approach*", considera la soluzione insita nella persona e nell'utilizzo massimizzante e autoregolativo delle sue competenze (De Shazer & Berg, 1997; Gingerich, Kim, Stams & Macdonald, 2011).

Sebbene il modello *Homebuilders* e *Intensive family preservation programs* siano utilizzati da più di quarant'anni pochi sono gli studi di valutazione che giungono ad una chiara conclusione circa l'efficacia dei risultati. La maggior parte degli studi, infatti, si focalizza quasi esclusivamente sulla variabile relativa alla prevenzione al collocamento senza considerare altre variabili come per esempio il funzionamento familiare (McCroskey & Meezan, 1997; Rossi, 1992; Thieman & Dail, 1992). Diversi studi di valutazione (Berry, 1992; Pecora, Fraser, Haapala, & Bartolomé, 1987; Reid, Kagan, & Scholsberg, 1988) riportano successi nella prevenzione al collocamento (dal 71% fino al 93%) ma i risultati si rifanno a studi che non

prevedono l'utilizzo di un gruppo di controllo, per questo motivo non sarebbe possibile parlare di efficacia dei risultati (Lindsey et al., 2002).

Miller (2006) ha condotto una meta analisi selettiva degli IFPP attivati nello Stato di Washington concludendo che solo i programmi che corrispondono alle caratteristiche del modello *Homebuilders* sono efficaci nella prevenzione al collocamento etero familiare e al miglioramento del funzionamento della famiglia e del bambino.

Nella metanalisi degli studi sui programmi di *Family preservation* con gruppi di controllo di M.W. Al, J.M. Stams, S. Bek, M. Damen, J. Asscher, H. van der Laan (2012) volta a verificare l'efficacia degli IFPP, vengono considerate le seguenti variabili:

- prevenzione al collocamento etero familiare;
- supporto sociale;
- riduzione dei comportamenti problematici nei bambini
- caratteristiche dell'utenza (età del bambino, età del genitore, tipo di problema, rischio di collocamento, numero di bambini in famiglia e percentuale di bambini maschi, etnie e famiglie mono parentali);
- caratteristiche dei programmi (durata, carico di lavoro e aderenza al modello *Homebuilders*);
- caratteristiche del disegno di ricerca (progettazione, tempistiche di follow-up, qualità della ricerca e randomizzazione);
- caratteristiche delle pubblicazioni (tipo di pubblicazione, anno di pubblicazione e fattori di impatto della rivista).

Lo studio meta analitico ha interessato 20 studi con 31.369 partecipanti.

I risultati della metanalisi (Al, Stams, Bek, Damen, Asscher, van der Laan, 2012) mostrano che gli IFPP hanno avuto un medio e positivo effetto per quanto riguarda il funzionamento familiare, ma generalmente non sono stati efficaci nella prevenzione al collocamento eterofamiliare. Gli effetti degli IFPP dipendono dal sesso e dall'età del bambino, età del genitore, numero di bambini nella famiglia, famiglie monoparentali, etnia non bianca, e il carico di lavoro degli operatori, ma non dall'aderenza al modello *Homebuilders* (in contrasto con la posizione di Miller, 2006) e dalla durata degli interventi. Gli IFPP sono risultati efficaci per le famiglie multiproblematiche ma non per le famiglie abusanti e negligenti per le quali il collocamento eterofamiliare risulta inevitabile mentre può essere prevenuto nelle famiglie multiproblematiche.

Rispetto alle caratteristiche degli utenti quelle negativamente associate all'efficacia dei programmi che rientrano tra i comuni fattori di rischio per bambini maltrattati (Belsky, 1993) risultano essere maggiormente presenti. L'etnicità non bianca, la giovane età della madre, l'ampiezza della famiglia e la monogenitorialità sono fattori che possono aumentare il rischio di una crescita problematica dei minori e spesso sono caratteristiche delle famiglie multiproblematiche segnalate per gli IFPP.

Gli IFPP risultano essere meno efficaci per i bambini più grandi: gli interventi possono essere attivati troppo tardi e possono quindi diventare difficili da gestire. Diverse ricerche mostrano come, sebbene con effetti piuttosto contenuti, la migliore possibilità di cambiamento per le vite dei bambini è il prima possibile (Dekovic et al., 2011).

La metanalisi di M.W. Al, J.M. Stams, S. Bek, M. Damen, J. Asscher, H. van der Laan (2012) mostra che gli IFPP sono meno efficaci per le femmine che per i maschi. Questa scoperta è in linea con gli studi di Dunn, Culhane e Taussig (2010) che affermano quanto sia difficile nelle femmine prevenire il collocamento in quanto stare a casa può comportare un rischio maggiore per le femmine che per i maschi. Il loro studio sulle esperienze di bambini collocati in ambiente eterofamiliare mostra come le femmine riferiscono maggiormente che le loro vite sarebbero state peggiori se fossero rimaste nelle loro famiglie d'origine.

Rispetto alle caratteristiche della durata, del carico di lavoro degli operatori sociali e dell'aderenza al modello *Homebuilders*, nella metanalisi di M.W. Al, J.M. Stams, S. Bek, M. Damen, J. Asscher, H. van der Laan (2012) emerge che, in merito al carico di lavoro, un numero limitato di casi facilita gli effetti positivi dell'intervento. Rispetto all'aderenza al modello di *Homebuilders* non ci sono correlazioni con gli effetti positivi degli IFPP contrastando con la meta analisi selettiva di Miller (2006). Le informazioni sulle aderenze all'*Homebuilders* riportate negli studi sarebbero però limitate. M.W. Al, J.M. Stams, S. Bek, M. Damen, J. Asscher, H. van der Laan (2012), molti studi infatti non specificano se il programma sia stato esaminato e utilizzato per intero. Per quanto riguarda la durata dell'intervento non è determinante circa l'effetto dei programmi, probabilmente ad essere maggiormente determinante è l'intensità. Macleod e Nelson (2000), nel loro lavoro di meta analisi, non hanno individuato impatti della durata e dell'intensità degli interventi sugli effetti dei programmi per la promozione del benessere delle famiglie e la prevenzione al maltrattamento dei bambini. La brevità degli IFPP è basata sull'assunto della limitatezza del tempo di uno stato di crisi

(Callahan, 1994; Golan, 1987) ma in molte esperienze permangono problemi e si ravvisa il bisogno di servizi *aftercare* (Rapoport, 1962).

Un importante aspetto relativo alla qualità degli interventi che emerge dalla metanalisi di M.W. Al, J.M. Stams, S. Bek, M. Damen, J. Asscher, H. van der Laan (2012) è il disegno di ricerca. I risultati rivelano che negli studi senza gruppo di controllo si ottengono positivi effetti rispetto al collocamento eterofamiliare mentre effetti negativi sono individuati negli studi randomizzati e con gruppo di controllo.

Rispetto alle caratteristiche delle pubblicazioni (tipo di pubblicazione, anno di pubblicazione e fattori di impatto della rivista) gli studi con qualità più elevata e gli studi pubblicati in riviste con un alto impatto mostrano meno effetti nella prevenzione al collocamento. È plausibile suggerire che l'associazione negativa tra la valutazione della rivista e le dimensioni dell'effetto indica che le riviste con maggiore impatto tendono a pubblicare solo studi più robusti che riproducono dimensioni dell'effetto più contenute.

Rispetto alla prevenzione al collocamento gli IFPP non risultano essere generalmente efficaci e qualche volta controproducenti per almeno una parte del gruppo target. Il collocamento eterofamiliare apparentemente non può essere prevenuto per tutte le famiglie per le quali si procede con l'attivazione di un IFPP.

Un positivo effetto degli *Intensive family preservation programs* si registra nel funzionamento familiare (Al, Stams, Bek, Damen, Asscher, Van der Laan, 2012), confermando le osservazioni di precedenti revisioni che sottolineavano come gli IFPP possano essere particolarmente indicati nel rafforzare il funzionamento familiare (Dagenais et al., 2004; Tully, 2008).

Nello sforzo di mantenere le famiglie assieme e creare un ambiente più sicuro per i bambini, rafforzare il funzionamento familiare può essere visto come l'obiettivo principale dell'intervento.

1.2 Panorama italiano

1.2.1 Premessa

L'attuale fase storica, caratterizzata dal termine di ogni forma di istituzionalizzazione dei minori in direzione della loro integrazione nella comunità affinché vivano la normale esperienza della famiglia di origine, della scuola e del loro ambiente di vita, è segnata dal punto

di vista legislativo dall'emanazione e dalla attuazione della L.149 del 2001. La L.149 all'art. 1 recita: "Ogni minore ha diritto a crescere nella propria famiglia", ponendo come obiettivo prioritario il rispetto del diritto fondamentale dei bambini a mantenere i propri legami familiari e comunitari. La questione dei servizi domiciliari di sostegno alle famiglie di bambini in difficoltà dovrebbe quindi essere, in un panorama nazionale così descritto, un problema evidente e sul quale necessariamente riflettere e progettare.

Gli interventi educativi domiciliari si collocano all'interno di questi servizi con la finalità generale di mantenere il

minore nella famiglia d'origine, anche in presenza di situazioni di disagio familiare, a partire dalla connotazione dell'intervento come risorsa per il sistema familiare nel suo complesso e, in particolare, come risposta ai bisogni dei minori presenti nella famiglia (Janssen, 2003)

e dovrebbero mirare a

garantire un certo benessere al bambino, alla sua famiglia e una certa uguaglianza di opportunità a bambini che nascono in contesti in cui sono presenti tante e diverse difficoltà (Milani, 2009, p.8).

Il tema e la pratica della domiciliarità nei servizi sanitari e socioassistenziali rivolti alle persone ha da sempre caratterizzato l'operatività dei professionisti che vi sono impiegati. Nel 1997 l'emanazione della Legge 285 ha segnato una svolta nel modo di intendere il concetto di domiciliarità che da mera funzione medica e assistenzialistica è andato connotandosi di funzioni educative e di promozione del minore e del suo contesto di vita (Milani, 2004), riconoscendo nella figura dell'educatore la professionalità adatta a svolgere tale compito.

Già a partire dalla metà degli anni '80 del secolo scorso si erano avviate, in maniera piuttosto spontanea e circoscritta ad alcuni territori, le prime esperienze di educative domiciliari (Janssen, 2002). È però a partire dal 1997, con la L.285, che iniziano a diffondersi sperimentalmente esperienze di sostegno educativo domiciliare rivolte a bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità. Tali interventi sociali, promossi e finanziati dalla Legge, superano la tradizionale concezione di assistenza residenziale istituzionale, sostenendo una cultura di de-istituzionalizzazione e prevenzione dell'allontanamento anche nell'ottica della domiciliarità e territorialità degli interventi. Essi infatti si caratterizzano come azioni volte a sostenere la famiglia nei propri compiti di tutela, valorizzando le funzioni genitoriali e promuovendo occasioni di crescita individuale e sociale (Janssen, 2002).

Il dibattito avviatosi a partire dagli anni Settanta in Italia e in Europa sulle tematiche relative agli interventi in favore di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità era giunto a criticare radicalmente gli istituti di grandi dimensioni, che fino a quel momento erano stati l'unica forma di intervento possibile. La riflessione avvenuta all'interno di un processo di de-istituzionalizzazione e sulla spinta di esperienze normative internazionali importanti ha portato ad affermare il diritto fondamentale dei bambini a mantenere i loro legami familiari e comunitari. In Italia la riflessione è culminata con l'emanazione della legge n. 149 del marzo 2001 che ha previsto la "chiusura di tutti gli istituti" e ha sancito, come valore fondamentale, il diritto del bambino a crescere nella propria famiglia. Il riconoscimento del diritto del bambino di crescere nella propria famiglia ha richiesto, nei Servizi per la protezione e la tutela dell'infanzia, un importante cambiamento di prospettiva rispetto alla presa in carico, giungendo alla corrispondenza tra *tutela del minore* e *cura delle relazioni con la famiglia di origine*. Una corrispondenza che Milani e Saugo hanno definito con l'espressione: "dalla tutela del minore al ben trattamento delle famiglie" (Milani & Saugo, 2009, p. 261); per aiutare un bambino, occorre aiutare i suoi genitori ad avere un buon legame di cura e affetto nei suoi confronti (Milani, 2009).

Il cambiamento avviato è stato radicale e ha richiesto di

iniziare a guardare il bambino non più solo come monade da tutelare bensì come soggetto in relazione con i suoi genitori e con i suoi mondi vitali, relazioni queste da tutelare" (Tuggia, 2009, p. 60).

Il cambiamento di prospettiva che mette il sistema familiare, anziché il singolo, al centro dell'intervento, valorizzandone l'interdipendenza, aumenta considerevolmente le possibilità di apportare significativi cambiamenti per l'intero nucleo (Dunst et al., 1988).

Verranno, di seguito, presentate e approfondite, esperienze nazionali di progetti di intervento domiciliari rivolti a famiglie e bambini in difficoltà

L'aumento della domanda di educazione in ambito sociale presenta caratteristiche nuove rispetto al passato: le richieste si collocano infatti al di fuori dei tradizionali ambiti educativi e sollecitano la trasformazione e il radicale ripensamento dei servizi e la progettazione di nuove iniziative. Nuovi sono anche i compiti educativi dell'operatore impegnato in contesti dominati sempre più da saperi non esclusivamente pedagogici. La letteratura, in questo campo, è ancora carente: scarseggiano infatti testi che sappiano coniugare le conoscenze e gli strumenti derivanti dalla riflessione psicologica e sociologica con i nuovi compiti educativi dell'operatore

impegnato in nuovi setting, con ruoli, funzioni e metodologie differenti (Regoliosi, Scaratti, 2002).

1.2.2 Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (SADE): l'esperienza dell'USSL di Pavia 1987-1988

Nel 1983 nell'USSL di Pavia si è costituito un gruppo di studio composto da Assistenti Sociali e Psicologi (USSL, Amministrazioni Provinciali e Comunale di Pavia) con l'obiettivo di studiare e ricercare alternative al ricovero in Istituto dei Minori (AIM). A partire dal 1987-88 il gruppo di ricerca ha approfondito, accanto alla tematica dell'affidamento familiare e di altre forme di sostegno alla famiglia con minori in difficoltà, il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (SADE) come possibile strategia di intervento per evitare la disgregazione familiare e per attivare potenziali risorse sia all'interno della famiglia che esterne ad essa.

A partire dalle seguenti considerazioni: l'aumento dell'attivazione di interventi educativi domiciliari, l'autonomia delle singole équipe di operatori, la complessità dei sistemi coinvolti in tali ambiti (operatori sociali, educatori, scuola, famiglia) e molteplicità dei livelli di comunicazione, il gruppo di ricerca si è posto l'obiettivo di "dare un'organizzazione strutturata al servizio, attraverso la ricerca di un modello valido, in quanto ripetibile in realtà diverse, a garanzia di una omogeneizzazione e standardizzazione della metodologia di intervento" (Arona, 1991, p.39).

Il gruppo A.I.M. ha definito un protocollo di ricerca con i seguenti obiettivi generali:

- a) Individuare una metodologia di intervento codificata e standardizzata tra tutte le équipe di operatori e su tutto il territorio dell'USSL 77 del Comune di Pavia;
- b) Definire e impostare il rapporto tra USSL, Amministrazione Provinciale, Comune di Pavia e Cooperative sul servizio domiciliare educativo;
- c) Valutare, attraverso il sistema attivo del monitoraggio, l'efficacia dell'intervento, andando oltre la prassi di quantizzare l'entità delle prestazioni per stabilire l'efficacia del servizio.

La ricerca è stata articolata attraverso una serie di fasi operative articolate in tempi successivi:

1. Censimento delle esperienze di S.A.D.E. in atto nel 1987 nell'USSL 77, per Distretto Socio-Sanitario di residenza dei minori assistiti;

2. Rilevazione mediante la somministrazione di un questionario agli operatori responsabili dei casi, delle caratteristiche quali-quantitative della casistica, della tipologia della domanda espressa, della metodologia attuata nella risposta, del grado di organizzazione e di gestione del servizio di assistenza domiciliare educativa offerto;
3. Definizione di una “Cartella del minore assistito con A.D.E.” e individuazione di una metodologia operativa, supportata da una regolamentazione precisa, che aiuti gli operatori a percorrere un itinerario rassicurante, ciascuno con una propria area di intervento al concorso della definizione del progetto del minore.

Il questionario, composto in tre parti, è stato strutturato in domande a risposta chiusa per la rilevazione di tipo quali-quantitativo e a risposta libera nella parte relativa alla raccolta dei giudizi di merito. La prima sezione ha permesso di rilevare i dati anagrafici e socio-sanitari del minore assistito. La seconda sezione ha consentito la raccolta di informazioni di servizio quali la provenienza della segnalazione del minore, la domanda espressa e la diagnosi formulata dall'équipe. La terza parte è incentrata sulla progettualità dell'équipe e ha permesso di codificare anche il giudizio finale sul singolo caso, espresso dagli operatori responsabili, le difficoltà incontrate durante il trattamento e il grado di soddisfazione dell'équipe sulla collaborazione offerta da ogni singolo educatore domiciliare.

I risultati del questionario sono i seguenti: rispetto al bacino d'utenza del S.A.D.E. le attivazioni riguardano minori che presentano precise condizioni di bisogno socio-sanitario (soggetti con disabilità o portatori di rischio sociale). L'A.D.E. è stata attivata su 78 minori, pari al 9% di tutti gli assistiti. La rilevazione dei dati è stata condotta su 71 dei 78 minori assistiti.

Nell'Area dei dati riguardanti i minori assistiti:

- Tipologia: distribuzione disomogenea di residenza tra la città di Pavia (68%) e i distretti esterni (32%)

Utenza del distretto cittadino (48 casi):

29 maschi e 19 femmine (1,5 maschi per ogni femmina);

Maschi età media di 10,5 anni, le femmine di 8;

Incidenza di soggetti con disabilità è del 37,5% di cui 41% maschi e 31% femmine con età media di 11 anni;

- 85% dei minori erano già conosciuti dagli operatori prima dell'intervento A.D.E. (il 16% per collocamento in Istituto e il 41% per disabilità);

- Rispetto alle strutture segnalanti il 38% socio-sanitario-assistenziale e il 28% educativo (scuole);
- Il 67% dei minori appartiene a nuclei familiari con entrambi i genitori e il 33% a nuclei monogenitoriali;
- Il 37,5% dei minori appartiene a nuclei familiari con tre minori, di queste famiglie il 17% ha tutti e tre i figli in A.D.E., il 25% dei casi appartiene a nuclei con due minori di cui il 43% assistiti entrambi, una famiglia ha 4 minori tutti in A.D.E. e una con 6 in cui sono assistiti in 5;

Utenza residente nei Distretti periferici (23 casi):

- 15 femmine e 8 maschi (1,2 femmine per ogni maschio);
- Maschi età media di 12 anni;
- Incidenza soggetti con disabilità dell'83% (maschi 87% e femmine 33%), età media è di 9 anni per i maschi e 12 per le femmine;
- 96% dei minori erano già conosciuti dagli operatori prima dell'intervento A.D.E. (nessuno per collocamento in Istituto e il 41% per disabilità);
- Rispetto alle strutture segnalanti il 27% socio-sanitario-assistenziale e il 59% educativo (scuole);
- Il 61% dei minori ha un nucleo familiare con 2 minori ma l'assistenza domiciliare è rivolta a uno solo di questi, il 22% è l'unico minore del nucleo familiare.
- Problematiche

Utenza del distretto cittadino:

- Tutti i minori sono pluriproblematici, a ciascuno può essere attribuito un carico medio di tre problemi concomitanti. Di questi il 62,5% non sono disabili e presentano:
 - Problemi di tipo comportamentale 31%;
 - Difficoltà scolastiche 37%;
 - Ripercussioni sul minore delle temporanee assenze dei genitori 25%;
 - Emarginazione 21%;
 - Maltrattamento 12,5%.
- I nuclei familiari di provenienza dei minori presi in considerazione sono multiproblematici con una media di 4 categorie di problemi ciascuna:
 - Invalidità psico-fisica di almeno uno dei due genitori associata a scarse capacità educative e carenze socio-culturali 42%
 - Disoccupazione del capofamiglia 40%;

- Disgregazione del nucleo familiare 29%;
- Alcolismo e tossicodipendenza 25%.

Utenza residente nei Distretti periferici

- 83% sono soggetti con disabilità e presentano problemi legati alla loro condizione specifica: “carenze di sviluppo psicofisico” e “difficoltà scolastiche”, si sottolinea il 22% dei casi di maltrattamento e il 9% di emarginazione;
- I nuclei familiari sono multiproblematici:
 - Gravi difficoltà di rapporti unitamente a carenze socio-culturali 61%;
 - Disgregazione del nucleo familiare e disoccupazione 17%;
 - Alcolismo 13%.

Nell'Area dei dati riguardanti la gestione dei casi:

Tipologia dell'équipe di operatori

Distretto cittadino:

- L'assistente sociale svolge la funzione di operatore responsabile nella quasi totalità dei casi, nel 10% dei casi è lo psicologo e nel 4% il neuropsichiatra infantile. Vengono coinvolti nel 25% lo psicologo e 25% il neuropsichiatra infantile.

Distretti periferici

- Nel 100% dei casi l'assistente sociale svolge la funzione di operatore responsabile. Vengono coinvolti nel 48% lo psicologo, 35% il neuropsichiatra infantile e il 22% operatori di 2° livello per la riabilitazione.

Metodologie d'intervento

Distretto cittadino:

- L'assistente sociale ha formulato progetti scritti nell'87% dei casi;
- Obiettivi principali dei progetti:
 - Offrire sollievo alla famiglia nella gestione del figlio e riorganizzare la famiglia e stimolare la capacità educativa dei genitori 56%
 - Recupero scolastico del minore 25%
- Durata dell'A.D.E. è nel 58% dei casi pluriennale e nel 42% di un anno;
- Operatori impiegati: 18 di cui 15 dipendenti da Cooperative convenzionate e 3 dipendenti degli Enti Locali. 10 hanno titolo di studio di media inferiore, 5 di media superiore, 3 di laurea; quelli col titolo di media inferiore hanno frequentato il corso

A.S.A. nel 50% dei casi. La maggior parte dei minori è stata seguita da operatori domiciliari col titolo di media inferiore e corso A.S.A.;

- Mansioni: le mansioni attribuite all'operatore domiciliare nei 48 casi sono mediamente 8 per ciascun minore assistito e vengono svolte contemporaneamente. Gli operatori che si attengono scrupolosamente alle mansioni sono il 37%, il 17% le amplia e il 10% le riduce senza l'assenso del responsabile del progetto;
- L'assistenza domiciliare ha una durata media da 2 a 4 ore al giorno nel 70% dei casi per ogni giorno alla settimana e nel restante 30% a giorni alterni;
- Le problematiche emerse dalle verifiche degli operatori sono nel 35% dei casi "non collaborazione da parte della famiglia" in ordine all'obiettivo "riorganizzazione della famiglia" e nel 26% "inadeguatezza dell'operatore" in ordine all'obiettivo "recupero scolastico del minore";
- I progetti vengono verificati dall'assistente sociale con la famiglia nel 79% dei casi, le verifiche in équipe avvengono nel 52% dei casi con frequenza quindicinale o mensile, tra i problemi emersi: "difficoltà a raggiungere gli obiettivi" e "ridefinizione dell'obiettivo";
- Esiti favorevoli nel 62% dei casi, il cui 50% ha come obiettivo "sollevio della famiglia".

Distretti periferici

- L'assistente sociale ha formulato progetti scritti nel 96% dei casi;
- Obiettivi principali dei progetti:
 - Il sostegno e il recupero psicosociale del minore 50%
 - Riorganizzazione della famiglia 36%
- Tutti i casi prevedono la durata dell'A.D.E. di un anno;
- Operatori impiegati: il 96% del personale è convenzionato con l'USSL, questi sono 11 di cui 7 in possesso di diploma, 1 della laurea e tre di scuola media inferiore e corso A.S.A.. Il 78% dei minori è stato assistito da operatori con diploma, il 9% da operatori con laurea;
- Mansioni: le mansioni attribuite all'operatore domiciliare nei 23 casi sono mediamente 6 per ciascun minore assistito e vengono svolte contemporaneamente. Gli operatori si attengono scrupolosamente alle mansioni nella totalità dei casi;
- Le problematiche emerse dalle verifiche degli operatori sono nel 47% dei casi ascrivibili alla "non collaborazione da parte della famiglia" in ordine all'obiettivo "sostegno e recupero psicosociale del minore".

- I progetti vengono verificati dall'assistente sociale con la famiglia nella totalità dei casi. La frequenza delle verifiche va da due mesi ai sei mesi ed evidenziato in tutti i casi la "difficoltà a raggiungere gli obiettivi in tutti i casi con "sollevio della famiglia..." e "riorganizzazione familiare";
- Esiti favorevoli nel 61% dei casi, tutti mirano al "sostegno e recupero psicosociale del minore" e al "raggiungimento della sua autonomia".

Le principali informazioni che emergono dai dati della ricerca e che sono state valutate per definire la metodologia operativa standard sono:

- analogia delle problematiche familiari che accomuna tutto alla casistica indipendente del problema espresso dal minore;
- *non collaborazione della famiglia* come ostacolo per raggiungere gli obiettivi prefissati;
- necessità di una ridefinizione degli obiettivi durante il trattamento;
- assenza di coinvolgimento pluriprofessionale in fase diagnostica.

A partire dalle considerazioni di cui sopra si è giunti alla produzione della "Scheda del Minore Assistito con ADE" come strumento informativo (*Figura 1* Proposta di Assistenza Domiciliare Educativa e Progetto di Assistenza Domiciliare Educativa e *Figura 2* Verifica dell'Assistenza Domiciliare Educativa).

Le Caratteristiche "*Scheda del Minore Assistito*" sono:

- grado elevato di standardizzazione (si presenta con la stessa organizzazione della Cartella sociale in dotazione al Servizio di Assistenza sociale dell'USSL). L'elevato grado di standardizzazione contribuisce a diffondere il processo informativo in senso trasversale tra i Servizi, rendendo omogenee la rilevazione e l'elaborazione dei dati;
- funzione orientativa per l'operatore (per questo motivo contiene spazi deputati alla rilevazione di quanti più dati anagrafici, socio-sanitari e anamnestici, per raccogliere la domanda espressa dal minore, per formulare la diagnosi, individuare il reale bisogno, precisione degli obiettivi e appuntare le verifiche periodiche a garanzia della correttezza con cui l'equipe sta operando).

Oltre alla proposta della "*Scheda del Minore Assistito*" è stato articolato un progetto di organizzazione e funzionamento del Servizio di Assistenza Domiciliare nell'USSL 77 di Pavia che prevede la creazione di un regolamento e di un iter metodologico per garantire una maggiore efficacia dell'intervento.

L'iter operativo dell'ADE prevede l'articolazione in tre momenti ben precisi con competenze differenziate:

- livello distrettuale: l'équipe di territorio ha le seguenti funzioni:
 - Individuazione del minore a rischio e presa in carico della situazione;
 - Formulazione della diagnosi psico-sociale relativa al minore, al nucleo familiare e al contesto sociale e conseguente formulazione di un articolato progetto di intervento;
 - Stesura della parte di tale progetto relativa all'ADE con la collaborazione, se necessario, degli operatori sanitari del territorio. Rilevante è la precisazione degli obiettivi dell'ADE che devono essere congruenti con la fase attuale del progetto di intervento sulla famiglia (fase di valutazione, di affiancamento, di parziale sostituzione). Invio della proposta al Comune, tramite l'ufficio di coordinamento dell'USSL;
 - Scelta dell'educatore idoneo tra quelli messi a disposizione dal Comune;
 - Messa a punto con l'educatore degli interventi necessari al perseguimento degli obiettivi di progetto;
 - Attuazione di momenti di verifica prefissati tra operatori, tra operatori e famiglia, tra operatori ed educatore;
 - Stesura della relazione periodica e invio della stessa all'ufficio centrale di coordinamento dell'USSL.
- livello comunale, funzioni:
 - Valutazione della congruità del progetto/proposta di ADE formulato dalla équipe distrettuale e trasmesso dall'ufficio centrale di coordinamento della USSL per l'attuazione dell'intervento;
 - Attribuzione dell'incarico all'educatore, scelto in collaborazione con la équipe;
 - Sottoscrizione del contratto con il servizio;
 - Comunicazione di attuazione dell'intervento e relative modalità di attuazione all'ufficio centrale di coordinamento dell'USSL e alla famiglia.
- livello centrale: funzioni dell'ufficio di coordinamento del servizio di assistenza sociale, integrato dal caposezione tecnico del Comune di Pavia:
 - Ricerca, studio, programmazione;
 - Promozione dell'aggiornamento degli operatori socio-sanitari;
 - Promozione dell'aggiornamento/supervisione del personale educativo;

- Gestione della banca dati in cui devono essere raccolti i progetti/proposte di ADE e le relazioni periodiche delle attività.

PROPOSTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA

Distretto di N.

Capo famiglia Identif. famiglia

Residenza: Via N. Comune

Tel.

N. Componenti della famiglia ☐ Di cui minori N. ☐

Tipologia della famiglia ☐ Operatori Responsabili ☐ Coinvolti ☐

PROBLEMI DELLA FAMIGLIA

Invalità psico fisica: ☐ Genitori/ ☐ Altri ☐ Salute psichica e/o fisica: ☐ Genitori/ ☐ Altri ☐

Alcolismo e/o ☐ Tossicodipendenza: ☐ Genitori/ ☐ Altri ☐ Carcere: ☐ Genitori/ ☐ Altri ☐

Disgregazione del nucleo: ☐ Carenze socioculturali: ☐ Altro

DATI RELATIVI AL MINORE

Cognome Nome

Sesso: ☒ ☐ Data di nascita:

Frequenza: Nido ☐ Sc. materna ☐ Elementare ☐ Media inf. ☐ Media sup. ☐

Servizi di cui ha fruito:

Assistenza sociale	<input type="checkbox"/>	Negli anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza psicologica	<input type="checkbox"/>	Negli anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricovero in istituto	<input type="checkbox"/>	Negli anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affido familiare	<input type="checkbox"/>	Negli anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ass. domic. educativa	<input type="checkbox"/>	Negli anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segnalato da: Familiare ☐ Scuola ☐ A. giudiziaria ☐ Servizi Ussl ☐ Altro ☐

PROBLEMI DEL MINORE

Comportamentali ☐ Carenze di sviluppo psico-fisico ☐ Assenza temporanea familiari ☐

Violenza: psicologica ☐ psicofisica ☐ Altro

DIAGNOSI PSICO-SOCIALE:

Legenda: S = Assistente sociale P = Psicologo M = Medico scolastico N = Neuropsichiatra R = Tecnico della riabilitazione. Tipologia della famiglia: Capo famiglia + coniuge + figlioli = C. Capo famiglia + coniuge + figlioli + non parenti = C1. Capo famiglia + coniuge + figlioli + genitori = D2. Capo famiglia + coniuge + figlioli + non p. = D6. Capo famiglia + figlioli = C2. Capo famiglia + figlioli + non parenti = C3. Capo famiglia + figlioli + parenti = D3. Capo famiglia + figlioli + parenti + non parenti = D7.

PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA

OBIETTIVI:

COMPITI DELL'EDUCATORE

Attività socializzanti ☐ Rapporto strutture scolastiche e/o ricreative ☐

Modificazione abitudini di vita ☐ Corretto utilizzo strutture socio-sanitarie ☐

Altro

FREQUENZA

Quotidiana ☐ Per n. giorni alla settimana ☐ Per n. ore settimanali ☐

DURATA PREVISTA

Anni ☐ Mesi ☐ Possibilmente da iniziarsi il ☐

CONCORSO DELLA FAMIGLIA AL COSTO DEL SERVIZIO

Possibile ☐ Impossibile ☐ Consigliabile ☐ Non consigliabile ☐

EVENTUALI PRECISAZIONI:

Inviata il ☐

Ass.te sociale

Psicologo

Neuropsichiatra

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE:

Parere favorevole ☐ Parere sfavorevole ☐

Data ☐ Per l'Ussl.

Per il Comune

(Figura 1: Proposta di Assistenza Domiciliare Educativa e Progetto di Assistenza Domiciliare Educativa)

VERIFICA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA

DATI RELATIVI AL MINORE

Cognome Nome

Sesso: ☒ ☐ Data di nascita:

DATI RELATIVI ALL'EDUCATORE

Cognome Nome

Sesso: ☒ ☐ Data di nascita:

Dipendenza: Cooperativa ☐ Libero professionista ☐

Ussl ☐ Altro

Titolo di studio: Media inferiore ☐ Diploma ☐ Università ☐

DATI RELATIVI ALL'A.D.E.

Data inizio: Data fine:

Frequenza: Quotidiana ☐ Per n. giorni alla settimana ☐ Per n. ore settimanali ☐

DATI RELATIVI ALLE VERIFICHE DELL'A.D.E.

Periodicità delle verifiche:

D'équipe	= 1 ogni: mese <input type="checkbox"/> 2 mesi <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/>
Tra équipe ed educ.	= 1 ogni: mese <input type="checkbox"/> 2 mesi <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/>
Tra équipe e fam.	= 1 ogni: mese <input type="checkbox"/> 2 mesi <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/>

Considerazioni emerse dalle verifiche:

	Nel trimestre				
	1°	2°	3°	4°	
D'équipe	Evoluzione positiva del caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà a raggiungere gli obiettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ridefinizione degli obiettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con l'educatore	Collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incapacità dell'educatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conflittualità con l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con la famiglia	Conflittualità con la famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accettazione con riserva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accettazione con delega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conflittualità con l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conflittualità con l'educatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE FINALE: Molto positiva ☐ Soddisfacente ☐ Insoddisfacente ☐

Data d'invio alla commissione: Per l'équipe:

(Figura 2: Verifica dell'Assistenza Domiciliare Educativa)

1.2.3 L'Educativa Territoriale

A partire dall'esperienza lavorativa nell'ambito del Servizio Sociale e adottando un approccio di tipo sistemico-relazionale, Merotto e Salvi (1991) propongono un modello operativo volto a superare la parzialità di un lavoro esclusivamente impostato sul potenziamento delle risorse dei singoli e/o sulle dinamiche interne alla famiglia per giungere ad una strategia di intervento sulla rete sociale. Per *rete sociale* Merotto e Salvi (1991) intendono l'insieme dei contesti istituzionali: servizi sociali, scuola, posto di lavoro, ecc. e delle relazioni significative per l'individuo (amici, parenti, vicini, ecc). La finalità del *lavoro di rete* è far sì che i punti-rete prendano coscienza del ruolo che possono giocare nel progetto del minore e che siano in grado di attivarsi in collegamento con gli altri evitando di incorrere in disconferme, messaggi contraddittori, sovrapposizioni che portano all'impossibilità di perseguire gli obiettivi del progetto e ad inevitabili confusioni nel minore.

Il primo compito dell'educatore è quindi far sì che si verifichi un confronto dei punti di vista nel senso che ogni punto della rete conosca chi interviene sulla situazione e il suo modo di vedere la situazione, si metta in contatto con gli altri e insieme riescano a ridefinire l'immagine globale del minore e la conseguente strategia educativa. Dopo la presa di consapevolezza di ogni punto-rete la seconda fase consiste in una presa di distanza da parte dell'educatore che non erogherà più risposte dirette spostando al punto-rete il referente dei bisogni del minore. L'educatore lavorerà su due fronti: nei confronti del punto-rete confermando l'efficacia del suo modo di porsi e stimolando la presa in carico del minore e nei confronti del minore e della famiglia favorendo una presa di coscienza rispetto alla nuova possibilità e al suo utilizzo. non chiaro.

In una cornice così definita e nell'ottica di promuovere e gestire servizi educativi nel territorio per evitare l'allontanamento del minore dalla propria famiglia nel 1984 nel territorio comunale di Torino è stata costituita una équipe di Educativa Territoriale (E.T.).

Il servizio di E.T. è caratterizzato dall'intervento dell'educatore nei confronti del minore all'interno della sua famiglia e del contesto in cui la famiglia è inserita. L'obiettivo dell'educatore è quindi quello di aiutare l'utente a comunicare meglio o diversamente con i sistemi con cui vive in relazione, a scoprire le proprie potenzialità, a riconoscere i propri bisogni e a rivolgersi alle agenzie del territorio più adeguate: scuola, gruppi amicali, sportivi, di tempo libero, ecc. Allo stesso tempo l'intervento è rivolto anche all'ambiente sociale al fine di

facilitare “la comprensione e l’accettazione della cultura e del modo di essere diverso del minore e della sua famiglia” (C. Merotto, N. Salvi, 1988).

Dopo la proposta di caso da parte del S.S.B. (Servizio Sociale di base) e del Servizio di N.P.I. (Neuropsichiatria infantile) all’équipe di Educativa Territoriale, viene valutata la presa in carico e, dopo la ridefinizione congiunta degli obiettivi, viene avviato l’intervento. La prima fase proposta prevede, per un periodo di circa 1 o 2 mesi, l’osservazione del minore nei tre sistemi: la famiglia, la scuola e l’ambiente esterno. L’analisi delle relazioni del minore e della famiglia con l’esterno ha l’obiettivo di individuare punti di forza e punti di debolezza della rete con cui interagire. Per punti di forza sono intesi “quei contesti e quelle relazioni significative, vissute in modo positivo, sulle quali sarebbe stato possibile un potenziamento e che avrebbero aiutato il minore nel suo processo di crescita” (C. Merotto, N. Salvi, 1991, p.35/75) mentre per punti di debolezza “quelle relazioni o contesti significativi ma disturbanti, che in qualche modo stigmatizzano e che il minore sperimenta come negative o assenti” (C. Merotto, N. Salvi, 1991, p.35/75).

Dopo la presentazione dell’educatore alla famiglia e alla scuola da parte del Servizio Sociale di base e la definizione delle modalità di rapporto si procede all’elaborazione di un progetto globale in cui l’educatore si configura non come elemento centrale della conduzione del caso ma come portatore di cambiamento e punto consapevole della rete, con l’obiettivo di attivare i punti della rete che porteranno al cambiamento. Gli obiettivi del progetto vengono costruiti dagli educatori, dall’assistente sociale e dal Servizio di N.P.I. che definiscono inoltre i rispettivi compiti e le modalità di verifica. L’educatore quindi elabora il proprio progetto educativo e definisce le modalità di rapporto:

- Con il minore, nell’esecuzione dei compiti e nell’utilizzo del tempo libero;
- Con la famiglia, attraverso momenti di dialogo e di confronto;
- Con la scuola e le altre agenzie di socializzazione in cui il minore è inserito;
- Per la ricerca e l’utilizzo delle risorse esistenti sul territorio.

L’intervento si considera concluso quando “l’équipe allargata ai vari servizi coglie il cambiamento rispetto agli obiettivi definiti nel progetto o quando si ritiene esaurito il compito dell’educatore e prospetta il coinvolgimento di altre agenzie educative istituzionali” (C. Merotto, N. Salvi, 1988, p.47).

Rispetto all’articolazione del Servizio di Educativa Territoriale è prevista l’opera di due educatori a 36 ore settimanali e la consulenza con un supervisore per 6 ore mensili. L’orario è

ripartito su sei giorni e prevede 26 ore di incontro diretto dell'utenza, prevalentemente nei pomeriggi, 6 ore settimanali di riunioni e la consulenza di un supervisore per 6 ore mensili. Quattro ore sono infine dedicate alla ricerca delle risorse: momenti di incontro con associazioni sportive, centri per l'impiego, gruppi parrocchiali, associazioni di volontariato e singoli volontari per verificare la possibilità di inserimenti o collegamenti. All'interno del monte-ore settimanale sono previsti anche momenti di formazione permanente.

Il compito del supervisore per il servizio di E.T. consiste nel costruire insieme all'équipe il progetto educativo ed analizzare il ruolo dell'educatore all'interno del nucleo familiare.

Dal 1984 al 1988 (C. Merotto, N. Salvi, 1988, p.47) i tipi di problematica per i quali si è proceduto con l'attivazione di interventi di Educativa Territoriale sono stati:

- 9 problemi relazionali con i genitori;
- 10 problemi relazionali con l'esterno
- 8 difficoltà scolastiche;
- 5 reinserimento in casa dopo l'allontanamento.

Per *problemi relazionali con i genitori* vengono intese le difficoltà dei genitori a riconoscere e rispondere ai bisogni dei figli, difficoltà nel dialogo e nel rapporto con i figli, mancanza o eccesso di autorità. Per *problemi relazionali con l'esterno* si intende la situazione di minori isolati che non sono a conoscenza delle opportunità territoriali e che vivono solitamente in solitudine. Con *difficoltà scolastiche* si intende uno dei principali indicatori di situazione di disagio o rischio del minore, la maggior parte delle richieste di attivazione del servizio riguardano la fascia d'età scolare. L'ultima categoria, relativa al *reinserimento in casa dopo l'allontanamento*, si riferisce alle difficoltà del rientro a casa del minore nonostante il recupero delle potenzialità del rapporto.

Da una prima valutazione dell'esperienza condotta sul territorio torinese dall'équipe territoriale nell'arco di tempo 1984-1988 Merotto e Salvi (1991 e 1988) evidenziano alcuni nodi significativi:

- un rapporto inversamente proporzionale tra la centralità della relazione educatore-utente e l'attivazione di una rete di relazioni;
- entrare nelle dinamiche familiari permette di lavorare sulle difficoltà senza innescare ulteriori problematiche relative al distacco e alla separazione, permette inoltre l'osservazione delle dinamiche familiari e la conseguente costruzione in équipe di progetti mirati a supporto dei minori e della famiglia. Le difficoltà emerse risultano

essere legate ai tentativi della famiglia di neutralizzare gli interventi dell'esterno con meccanismi di espulsione e di invischiamento. È necessario quindi un costante lavoro di analisi dei messaggi e delle sensazioni da parte dell'équipe e con il supervisore per riuscire a fronteggiare queste dinamiche;

- rapporto con il territorio: il servizio è caratterizzato dalle relazioni con altre figure e ruoli diversi all'interno del territorio, questo porta gli operatori a essere non solo ricercatori di reti ma osservatori delle dinamiche di emarginazione sociale e solidarietà esistenti in un territorio. Uno sguardo dal quale partire per elaborare strategie di intervento più adeguate e incisive.

Merotto e Salvi (1991) non giungono ad una valutazione precisa e globale dell'intervento Educativo Territoriale e non risultano studi successivi di approfondimento. Le autrici sottolineano come

una maggiore coesione e collegamento tra le varie agenzie del territorio rivolte ai giovani, permetterebbe una migliore messa a fuoco di strategie di intervento globali dirette a prevenire e curare il disagio, e darebbe l'opportunità a istituzioni, servizi pubblici e privati di meglio esprimere la propria specificità, capacità e competenza operativa (C. Merotto, N. Salvi, 1991, p.38/78).

1.2.4 Assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori, Servizio Sociale e USL 22 S. Lazzaro di Savena - Bologna

L'assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori attivata negli anni '80 del secolo scorso dal Servizio Sociale e dall'USL 22 di San Lazzaro di Savena, Bologna si propone quale supporto offerto ai nuclei familiari e ai minori a rischio e si attua attraverso interventi di carattere psicologico ed educativo rivolti direttamente al minore e contemporaneamente, attraverso una progressiva sensibilizzazione e maturazione della famiglia rispetto alle sue funzioni nei confronti dei figli.

La finalità più estensiva del progetto del Servizio di Assistenza Domiciliare psico-educativa ai Minori è quella del

recupero di capacità da parte della famiglia a svolgere il suo compito educativo, onde prevenire che le sue carenze provochino nel minore danni a diversi livelli e/o rendano necessario il suo allontanamento dal nucleo familiare (USL 22 S. Lazzaro di Savena, 1990, p. 12).

Il Servizio ADOPEM (Assistenza Domiciliare psico-educativa ai Minori) si pone inoltre come momento di facilitazione e sviluppo del processo già in atto di deistituzionalizzazione.

L'obiettivo specifico del Servizio è fornire a quei nuclei familiari che per diverse ragioni non sono in grado di prendersi cura dei minori in modo adeguato, gli strumenti necessari a stimolarne e sostenerne la crescita psicologica ed intellettuale e il processo di integrazione sociale. Le finalità e gli obiettivi specifici del progetto configurano il servizio come un rilevante istituto di prevenzione oltre che di riduzione del disagio minorile.

La modalità operativa individuata come corretta e funzionale relativamente al raggiungimento degli obiettivi è l'affiancamento al minore di un operatore psico-sociale preparato "che si porrà in rapporto al nucleo familiare come un punto di riferimento costante per il minore" (USL 22 S. Lazzaro di Savena, 1990, p. 12).

L'intervento è articolato su due fronti:

- 1) Interventi diretti di supporto al minore dove il minore potrà ottenere:
 - a) Aiuto necessario a far fronte alle difficoltà che incontra in famiglia;
 - b) Cure primarie necessarie al suo benessere fisico, psichico ed emotivo-relazionale;
 - c) Sostegno per il suo sviluppo cognitivo e intellettuale;
 - d) Stimolo e protezione necessari nelle fasi iniziali del processo di integrazione scolastica e sociale.
- 2) Interventi indiretti al nucleo familiare che passando attraverso la presenza mirata dell'operatore siano volti a sensibilizzare e motivare gli adulti rispetto ai loro compiti verso il minore.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Psico-Educativa ai Minori è un tipo di intervento qualitativamente significativo in direzione di un appoggio dato alla famiglia nei momenti organizzativi più critici o di emergenza al fine di consentire la permanenza del minore nel nucleo di appartenenza.

Il campo di intervento del Servizio è definito sulla base del tipo di difficoltà che può caratterizzare il nucleo interessato:

1. Difficoltà familiari di carattere organizzativo che rendono il nucleo familiare parzialmente idoneo o temporaneamente impossibilitato a svolgere le funzioni educative nei confronti dei figli e rappresentano pregiudizio per la permanenza del minore in famiglia. Tali difficoltà si evidenziano soprattutto in conseguenza di:
 - a. Perdita della responsabilità genitoriale da parte di uno dei due genitori;
 - b. Decesso di un genitore;

- c. Assenza di un genitore a seguito di separazione o divorzio, di arresto o a seguito di altri motivi;
 - d. Perdita della responsabilità genitoriale da parte di entrambi i genitori con tutela deferita ed altri familiari in grado di occuparsi del minore, ma bisognosi di supporto;
 - e. Affidamento a parenti dove non si richiede l'intervento del tribunale;
 - f. In previsione di un rientro da un affidamento etero-familiare e subito dopo.
2. Difficoltà familiari di carattere educativo presenti all'interno del nucleo dove il Tribunale per i Minorenni è intervenuto sulla responsabilità genitoriale con limitazioni di carattere prescrittivo a seguito di situazioni che portano il minore in condizioni di abbandono, di disagio e che richiedono un intervento specifico di supporto;
 3. Difficoltà di carattere psicologico presenti nel nucleo dovute a disturbi o carenza di uno o di entrambi i genitori o a forti tensioni di tipo relazionale dove anche senza l'intervento del Tribunale si ritiene che ci sia pregiudizio nei confronti dello sviluppo educativo del minore.

Di seguito vengono riportati, nel dettaglio, gli strumenti operativi utilizzati per il servizio ADOPEM del Servizio Sociale e dell'USL 22 di San Lazzaro di Savena, Bologna:

1. "SCHEDE PRELIMINARE, Lettura del nucleo familiare, Definizione degli obiettivi a lungo termine": compilata dall'assistente sociale e illustrata all'educatore domiciliare al momento della presentazione del caso. In essa vengono definite anche le finalità dell'intervento (*Figure 3 e 4*);
2. "SCHEDE DEFINIZIONE OBIETTIVI, Rilettura del contesto familiare, Definizione degli obiettivi a breve e medio termine": compilata dall'educatore domiciliare poco prima della discussione di gruppo, circa 30-40 giorni dopo l'inizio dell'intervento. L'ultima parte (G e H) viene compilata in sede di gruppo di supervisione a seguito della discussione (*Figure 5, 6 e 7*);
3. "SCHEDE GRUPPO OPERATIVO, Ridefinizione e verifica periodica dell'intervento": ultima scheda che verrà utilizzata per tutta la durata dell'intervento ad ogni discussione, viene compilata dall'educatore prima della discussione salvo i punti E e F compilati dopo la discussione di gruppo (*Figure 8 e 9*);
4. "Resoconti giornalieri": l'educatore riporta brevi osservazioni per ogni incontro avvenuto con la famiglia.

<p style="text-align: center;">SCHEDA PRELIMINARE</p> <p style="text-align: center;">Lettura del nucleo familiare Definizione degli obiettivi a lungo termine</p> <p>A - Dati concernenti i singoli componenti ed il nucleo familiare nonché eventuali altre figure realmente significative (zii, nonni, conoscenti intimi, ecc.)</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> Pd. _____</p> <p>età _____</p> <p>lavoro _____</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> Md. _____</p> <p>età _____</p> <p>lavoro _____</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> Fo/a _____</p> <p>età _____</p> <p>scuola/lavoro _____</p> </div>	<div style="margin-top: 10px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> Fo/a _____</p> <p>età _____</p> <p>scuola/lavoro _____</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> _____</p> <p>età _____</p> <p>attività _____</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><small>**</small> <small>**</small> _____</p> <p>età _____</p> <p>attività _____</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>Nucleo Familiare _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Note _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>
28	29

(Figura 3: Scheda preliminare)

<p>B - AREE DI DISAGIO Individuazione delle problematiche e dei bisogni nei singoli, nelle relazioni e nella struttura familiare</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>C - ASPETTATIVE della famiglia e del minore</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>D - ALTRE FIGURE PROFESSIONALI che seguono il minore. Altri interventi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>E - OBIETTIVI GENERALI a lungo termine</p> <p>1 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Il seguente punto F è da compilare a cura dell'assistente sociale in sede di Gruppo Operativo, durante il primo incontro di discussione del caso anteriore all'intervento.</p> <p>F - MODALITÀ METODOLOGICHE nel breve periodo iniziale</p> <p>Soggetti coinvolti _____</p> <p>Attività/strumenti _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tempi _____</p> <p>_____</p> <p>Relazioni da instaurare _____</p> <p>_____</p> <p>Ruolo dell'Educatore _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DATA _____ FIRMA _____ _____/_____/_____ (L'Assistente Sociale)</p>
--	--

30 31

(Figura 4: Scheda preliminare)

<p style="text-align: center;">SCHEDA DEFINIZIONE OBIETTIVI</p> <p style="text-align: center;">Rilettura del contesto familiare Definizione degli obiettivi a breve e medio termine</p> <p>NUCLEO FAMILIARE _____</p> <p>EDUCATORE _____</p> <p>ENTE _____</p> <p>DATA INIZIO INTERVENTO _____</p> <p>N. INCONTRI EFFETTUATI EDUCATORE/UTENTE _____</p> <p>DATA _____ FIRMA _____ _____/_____/_____ (L'Educatore)</p>	<p style="text-align: center;">SCHEDA DEFINIZIONE OBIETTIVI</p> <p style="text-align: center;">Rilettura del contesto familiare Definizione degli obiettivi a breve e medio termine</p> <p>A - NUOVI DATI Concernenti il nucleo o i singoli componenti (riferiti, rilevati o dedotti)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B - IMMAGINE DELLA FAMIGLIA Che dà o che vuole dare di sé (ruoli, relazioni, norme, valori, risorse, problemi emergenti, ecc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

32

(Figura 5: Scheda definizione obiettivi)

<p>C - SOCIALIZZAZIONE Relazione tra il contesto familiare e sociale nel singolo e/o nel nucleo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>D - SCUOLA Andamento scolastico e relazionalità col gruppo dei pari</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>E - PROBLEMATICHE DEL MINORE Individuazione delle aree di disagio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>F - SVILUPPO DEL MINORE Relazione tra età cronologica, sociale e maturazione evolutiva</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>G - VERIFICA Risposte del nucleo e dei singoli al primo periodo di intervento</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>I successivi punti H e I sono da compilare a cura dell'Educatore in sede di Gruppo Operativo durante il secondo incontro di discussione del caso</p> <p>H - OBIETTIVI SPECIFICI A breve e medio termine</p> <p>1 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

(Figura 6: Scheda definizione obiettivi)

<p>2 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>I - MODALITÀ METODOLOGICHE nel breve periodo</p> <p>Soggetti coinvolti _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Attività, strumenti, tempi _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Relazioni da instaurare _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ruolo dell'Educatore _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DATA _____</p> <p>_____ / _____ / _____</p> <p>FIRMA _____</p> <p>(L'Educatore)</p>
---	---

(Figura 7: Scheda definizione obiettivi)

SCHEDA GRUPPO OPERATIVO Ridefinizione e verifica periodica dell'intervento	SCHEDA GRUPPO OPERATIVO Ridefinizione e verifica periodica dell'intervento
<p>NUCLEO FAMILIARE _____</p> <p>EDUCATORE _____</p> <p>ENTE _____</p> <p>DATA INIZIO INTERVENTO _____</p> <p>N. INCONTRI EFFETTUATI TRA EDUCATORE/UTENTE _____</p> <p>SCHEDA N. _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>DATA</p> <p>____/____/____</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>FIRMA</p> <p>(L'Educatore)</p> </div> </div>	<p>A - EVENTUALI NUOVI DATI Che implicano nuova lettura del nucleo (riferiti, rilevati o dedotti)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B - FEEDBACK del nucleo o dei singoli</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>C - EVENTI SIGNIFICATIVI Interni e/o esterni e risposte del nucleo e dei singoli</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
38	39

(Figura 8: Scheda gruppo operativo)

<p>D - PROBLEMI E DIFFICOLTÀ DELL'EDUCATORE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>I seguenti punti E ed F vengono compilati a cura dell'Educatore in sede di Gruppo Operativo</p> <p>E - OBIETTIVI SPECIFICI</p> <p>Obiettivo 1 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Obiettivo 2 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Obiettivo 3 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>F - MODALITÀ METODOLOGICHE nel breve periodo</p> <p>1) Soggetti coinvolti _____</p> <p>_____</p> <p>2) Attività, strumenti, tempi _____</p> <p>_____</p> <p>3) Relazioni da instaurare _____</p> <p>_____</p> <p>4) Ruolo dell'Educatore _____</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>DATA</p> <p>____/____/____</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>FIRMA</p> <p>(L'Educatore)</p> </div> </div>
40	41

(Figura 9: Scheda gruppo operativo)

Come emerge dagli Atti del Convegno *Assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori* del 1989 (USL 22 S. Lazzaro di Savena BO, 1990) l'esperienza di Assistenza Domiciliare Psico-Educativa ai Minori attivata dai Servizi Sociali e dall'USL 22 S. Lazzaro di Savena, Bologna, ha messo in luce la complessità dell'intervento educativo che, salvo situazioni di assenza delle figure parentali, prevede la presa in carico globale del nucleo familiare. Il lavoro che è chiamato a svolgere l'operatore domiciliare è articolato su più versanti: dal sostegno educativo e psicologico al minore in difficoltà, alla mediazione delle interazioni familiari fino al riferimento per tutte le attività scolastiche, di lavoro e di tempo libero in cui il minore è inserito. Inevitabili sono inoltre una serie di meccanismi difensivi e proiettivi da parte delle figure genitoriali che si sentono messe in discussione dalla presenza di un estraneo che svolge funzioni appartenenti a loro; sentimenti di espropriazione così come atteggiamenti identificatori e invischianti che rendono alquanto complesso e problematico l'operato dell'educatore domiciliare. Rispetto alle problematiche di cui sopra il coordinamento di Assistenza Psico-Educativa ai Minori dell'USL n. 22, in occasione del Convegno, propose un "ampliamento della discussione e il confronto con altri ulteriori interlocutori che, seppure con pratiche metodologiche diverse abbiano affrontato questi tempi" (USL 22 S. Lazzaro di Savena BO, 1990, p. 46). A tal proposito venne presentata una "SCHEMA DI RILEVAZIONE" (*Figura 10*) con l'obiettivo specifico di rilevare una prima serie di informazioni relative al Servizio di Assistenza Domiciliare ai Minori prestato dalle UUSLL o dell'ente Locale a livello nazionale. Una volta elaborati i dati l'obiettivo perseguito era quello di

"utilizzare le informazioni emerse per articolare e strutturare una rete conoscitiva tale da permettere l'avvio di un coordinamento nazionale del settore mirato ed orientato verso un confronto delle esperienze che, nel rispetto delle esigenze particolari di ogni territorio, conduca alla creazione di una sede permanente di confronto, formazione e progettazione" (USL 22 S. Lazzaro di Savena BO, 1990, p. 46).

A Dicembre 1989, dopo l'invio di 1200 questionari cinque mesi prima, circa ottanta erano state le risposte di cui approssimativamente un 40% non effettuava l'intervento e non era interessato, un 20% non effettuava l'intervento ma era interessato perché in programma e il rimanente 40% effettuava l'intervento.

SCHEDA DI RILEVAZIONE	
<input type="checkbox"/> COMUNE _____ ENTE <input type="checkbox"/> U.S.L. N. _____ SERVIZIO <input type="checkbox"/> MATERNO <input type="checkbox"/> ALTRO _____	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> INFANTILE <input type="checkbox"/> IGIENE <input type="checkbox"/> MENTALE <input type="checkbox"/> ALTRO _____
— Effettua il Vostro Ente interventi di tipo psico-educativo domiciliare ai minori? _____	
— Da quanto tempo? _____	
— Quali e quante figure professionali sono coinvolte?	
PSICOLOGI _____	
ASSISTENTI SOCIALI N. _____	
EDUCATORI N. _____	
SOCIOLOGI N. _____	
ALTRO _____	
— Quante in convenzione? _____	
— Quanti dipendenti? _____	
— Quanti utenti sono coinvolti? _____	
— Di quante ore settimanali mediamente è costituito l'intervento? _____	
— Vengono effettuate verifiche periodiche sull'intervento? _____	
— Da chi? _____	
— Di gruppo o individuali? _____	
— Quali sono i principali problemi emersi (in relazione al servizio e/o all'operatore)? _____	
— Sareste interessato alla costituzione di un Coordinamento Nazionale sull'Assistenza domiciliare Psico-Educativa ai Minori? _____	
DATA _____	FIRMA _____ QUALIFICA _____ INDIRIZZO _____

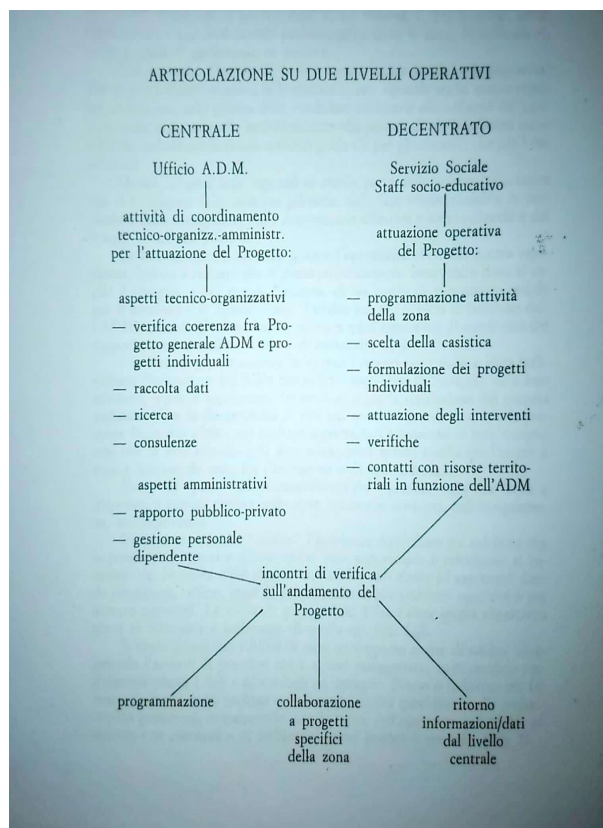
(Figura 10: Scheda di rilevazione)

1.2.5 Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare ai minori del Comune di Milano 1987

Il progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare ai minori del Comune di Milano è stato avviato nel 1985 (Gardini 1989, 1990). La finalità del progetto è di aiutare i ragazzi che si trovano in una fase critica della loro storia personale a superarla, evitandone il distacco dal nucleo di appartenenza. L'obiettivo è di riuscire ad attivare nel ragazzo e nella famiglia capacità e potenzialità temporaneamente inesprese e inutilizzate sia a causa di eventi esterni estranei alla volontà sia a causa di un'incapacità di riconoscerle e utilizzarle in modo adeguato. L'intento è di consentire una parziale riappropriazione di sé, dei propri bisogni e capacità, aprendo la strada verso l'autonomia, la richiesta mirata di aiuto, l'utilizzo appropriato delle risorse parentali e comunitarie. L'assistenza domiciliare consentendo una conoscenza più approfondita delle situazioni è diretta là dove il disagio è transitorio o, se dura da tempo, si intravede la possibilità di un'evoluzione e di un suo superamento. Il servizio prevede un affiancamento al minore e alla sua famiglia di un operatore per un periodo di tempo limitato al superamento della crisi. Gli operatori coinvolti sono: Assistenti Sociali del settore materno-infantile, responsabili dei casi e operatori socio-educativi.

L'intervento prevede il lavoro in équipe e si compone delle seguenti fasi (Figura 11):

1. analisi del caso e formulazione dell'ipotesi di assistenza domiciliare;
2. Contatti preliminari con i minori e le famiglie;
3. Definizione del programma di lavoro;
4. Verifiche periodiche;
5. Restituzione al momento di chiusura dell'intervento.



(Figura 11: Articolazione su due livelli operativi)

Dall'ottobre 1985 al dicembre 1989, procedendo all'analisi dei dati del progetto sperimentale attivato nel Comune di Milano, emerge che 342 sono stati i minori seguiti con ADM: solo 132 vivevano con i genitori naturali; 168 appartengono a famiglie monoparentali (nelle quali si ha un'altissima prevalenza della figura materna); 29 vivono con il genitore naturale e un suo convivente. Inoltre, 13 minori sono orfani di entrambi i genitori e sono accolti da parenti. I destinatari sono quindi nuclei familiari fragili nei quali adulti e bambini hanno fatto esperienze di morte (47 casi), di separazione spesso conflittuale (83 casi) o sperimentano convivenze non del tutto stabili; va aggiunto che 37 minori sono figli di madri nubili. Rispetto alla fascia d'età dei minori si va da un minimo di pochi mesi (0-3: 48 minori) ai 16/18 anni (6 minori) con

prevalenza della fascia di età di obbligo scolastico (8-11: 113 minori, 12-15: 134). Non è un caso che l'ADM venga usata soprattutto per ragazzi in età preadolescenziale e adolescenziale: la carenza di strumenti e di risorse per queste fasce d'età, la crisi fisiologica di questo periodo di vita e la difficoltà nella gestione dei minori da parte delle famiglie fragili rendono l'ADM lo strumento maggiormente adatto a rispondere a queste complessità. Rispetto alle tipologie di bisogni i problemi più frequentemente rilevati sono: la mancanza di stabilità e di continuità dei rapporti interpersonali, il disadattamento scolastico, la difficoltà di integrazione sociale e i primi segni di devianza. Vengono segnalate inoltre diverse esperienze di allontanamento da casa dei minori e lunghi periodi di solitudine durante la giornata e la presenza di adulti incapaci a svolgere la propria funzione educativa oltre che a provvedere all'organizzazione della vita familiare.

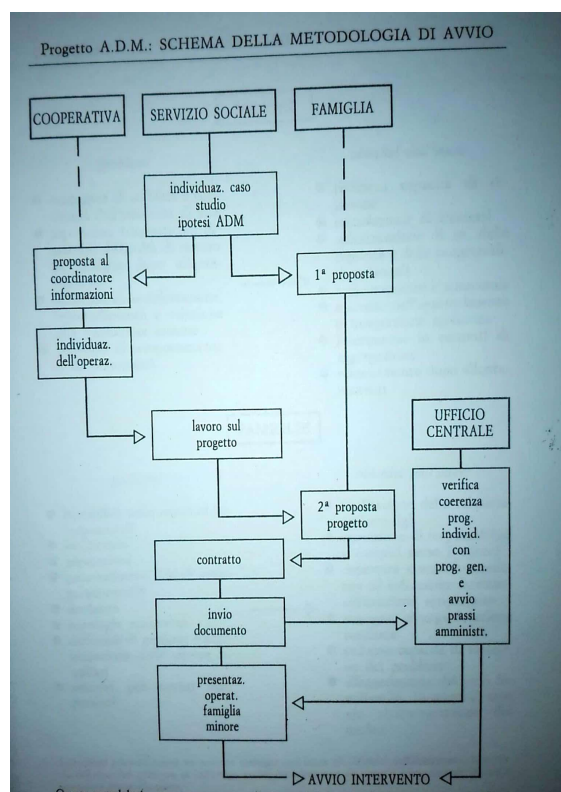
Rispetto alle azioni dei progetti gli interventi variano da forme di sostegno nel campo dell'apprendimento e dell'integrazione scolastica, alla stimolazione verso nuovi interessi, all'incanalamento delle energie verso esperienze positive e valorizzanti.

Il progetto, in genere, viene formulato a partire dai bisogni espressi e può essere riformulato sia rispetto ai tempi che ai contenuti seguendo i cambiamenti nelle situazioni familiari e nell'evoluzione del minore. Rispetto alle tempistiche in media un progetto prevede una decina di ore settimanali per una durata minima che va da uno a sei mesi e una durata massima che va da uno a due anni e mezzo. Si segnala una grande flessibilità nel rispondere a esigenze e nuove richieste dei destinatari.

Elementi di innovazione dell'ADM vengono individuati nella collaborazione tra Servizi Sociali e le Cooperative sociali (*Figura 12*) e nella modalità stessa di realizzazione dell'intervento, che è tutto spostato presso la famiglia, invertendo di fatto il percorso famiglia-servizi. Un altro aspetto rilevante riguarda la potenzialità dell'ADM come punto di raccordo: tra risorse del pubblico e del privato; tra operatori e destinatari mediato da un progetto condiviso, ma in particolare tra il mondo interno ed esterno per il ragazzo attraverso l'esperienza di un rapporto privilegiato e stimolante con un adulto capace di accompagnarlo verso esperienze costruttive.

Rispetto alle complessità vengono riportate: difficoltà nella scelta del destinatario e dei suoi problemi, difficoltà di setting e di comunicazione considerando il fatto che gli attori sono molteplici (dagli operatori dei servizi a quelli delle cooperative, ai familiari, alla scuola e ai minori), e in particolare la complessità dell'area di intervento, il contesto domestico con i nodi correlati di delega, controllo e manipolazione. La specificità dell'ADM sta nel far sì che

l'elemento dissonante, l'educatore, stimoli l'emergenza di aspirazioni e capacità sopite; pur identificandosi con il ragazzo nei suoi problemi, deve saper mantenere la separatezza e la diversità perché è questa che può sollecitare risposte nuove alle situazioni, interrompendo i circoli viziosi in cui spesso le persone sono incastrate.



(Figura 12: Schema della metodologia di avvio)

1.2.6 Home visiting: l'esperienza italiana

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) tra le strategie di prevenzione individuate per affrontare la complessità del maltrattamento sui minori indica la progettazione di programmi di visite domiciliari quale concreta ed efficace risposta al problema. Con l'obiettivo di favorire ciò che l'OMS definisce bene sociale che è anche il bene del singolo minore presente nella singola famiglia, anche in Italia¹ a macchia di leopardo, si stanno avviando interventi di *home visiting* che mirano a migliorare il clima familiare attraverso programmi educativi mirati alla promozione di comportamenti positivi da agire nei confronti del minore.

¹ L'Italia ha aderito al progetto CAPCAE (Concerted Action for Prevention Child Abuse in Europe), un progetto che si occupa di modalità sempre più organizzate di prevenzione.

La scelta di sperimentare, tra diversi programmi di prevenzione, l'*home visiting* viene motivata (Biancardi, 2013) attraverso l'individuazione delle seguenti caratteristiche:

- Approccio ecologico;
- Approccio preventivo ampio (attenzione a tutte le condizioni sociali con una concentrazione alle fasce di popolazione più disagiate dal punto di vista economico, culturale, della salute psicofisica e del benessere sociale);
- Proposte di accompagnamento e di sostegno specie in occasione di gravidanze e di assunzione di responsabilità genitoriali in situazioni particolarmente difficili;
- Approccio sistematico interdisciplinare con il quale vengono sviluppate azioni volte a: prevenire il verificarsi di un problema; individuare il problema e intervenire quando si verifica; minimizzare gli impatti negativi quando si verifica;
- Nel caso del maltrattamento ai minori: implementazione delle misure per prevenire la violenza contro i minori, rilevamento dei casi e interventi precoci, assistenza continua alle vittime e alle famiglie in cui si verificano maltrattamenti, prevenire il ripetersi della violenza.

La logica che sottende agli interventi di *home visiting* è quella di favorire il mantenimento della famiglia come soggetto responsabile dei percorsi evolutivi dei figli, con l'obiettivo di attivare itinerari di ridefinizione del ruolo genitoriale e delle coordinate familiari. Gli interventi di *home visiting* agiscono nella quotidianità delle dimensioni ordinarie che appartengono alla vita stessa, all'educazione e alle decisioni che riguardano i figli e sono azioni di sostegno alle famiglie fragili e di potenziamento delle risorse protettive attraverso l'attivazione di processi di assunzione di responsabilità genitoriale.

Gli interventi progettuali domiciliari si collocano su uno scenario di senso che tende a promuovere la salute attraverso uno spostamento dell'intervento verso i contesti di vita delle famiglie. Il contesto degli interventi domiciliari, peculiarità di questo specifico intervento di sostegno alla famiglia, induce i professionisti a rivedere le proprie concezioni di intervento professionale per giungere alla continua sperimentazione di nuove modalità di azione appropriate alla singola famiglia.

La famiglia è una microcultura portatrice di valori suoi, di vocabolari costruiti nel tempo intorno alla materialità concreta della vita quotidiana. Come tutte le culture si regge sui miti e sui riti cioè, da un lato, sulle storie (storie delle origini, storie del tempo e dello spazio, storie del potere, storie possibili...) che i suoi membri condividono e, dall'altro, sulle loro azioni concrete, pratiche ripetitive, spesso tramandate, che designano di volta in volta l'appartenenza ("Chi invitiamo al pranzo

di Natale?”), la legittimazione, l’entrata e l’espulsione, la devianza, lo stile di vita, i valori... (Formenti, Gamelli, 1998)

L’intervento educativo domiciliare presuppone il *saper sostare nella famiglia e nella sua storia*, impone rispetto e competenza, capacità di “considerare il sistema famiglia come nucleo fondante il benessere del minore, come spazio e tempo di crescita a più voci, come luogo in cui si strutturano significati e appartenenze” (Biancardi, 2013, p. 63). Affinché la presa in carico dell’intero nucleo familiare riduca i rischi di allontanamento del minore dai propri legami è necessaria l’instaurazione di un clima di fiducia che permetta l’accesso e la comprensione dei significati e del senso collettivo. L’instaurazione del clima di fiducia è il primo passo per favorire la creazione di un terreno comune che permetta a operatori e genitori di “co-costruire significati educativi nuovi e coerenti con le istanze evolutive del bambino” (Biancardi, 2013, p. 63). Per giungere alla co-costruzione conoscitiva la vicinanza, “il mettersi a fianco con pazienza e fiducia che esista un appiglio a cui agganciarsi” (Olivetti Manoukian, 2007, p.26), permette di osservare e riconoscere l’articolato insieme dinamico dei fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali che concorrono a stabilire l’incidenza del maltrattamento sul minore attraverso uno sguardo critico che non si accontenta delle evidenze. Prendersi cura delle famiglie in particolari situazioni di bisogno richiede di pensare alla progettazione preventiva come attivazione di processi di *empowerment* pertinenti con le istanze evolutive del bambino, restituendo ai soggetti il potere di controllare la propria situazione di vita, di agire con consapevolezza dei propri bisogni e dei propri doveri. Il processo di *empowerment* tiene conto dell’incentivazione del senso di autoefficacia nei genitori e sull’intero sistema-famiglia come costruzione attiva del soggetto che evolve e che determina i propri percorsi di senso. Favorire nei genitori e nel sistema-famiglia la percezione di essere in grado di accudimento, di contenimento emotivo degli stati dei figli e di essere capaci di educarli e di sostenerli determina comportamenti che incidono in maniera preponderante rispetto allo sviluppo dei fattori protettivi. L’adozione della prospettiva del processo di *empowerment* trasforma gli interventi domiciliari in ambito preventivo permettendo ai soggetti di concepirsi altro da sé e attribuendo loro un protagonismo nei propri contesti di vita volto a favorire l’apprendimento di esperienze relazionali nuove, di competenze educative e di cura volte a favorire il benessere familiare.

I programmi di *home visiting* hanno dato l’avvio a tutta una serie di azioni finalizzate a ridurre le esperienze di residenzialità dei bambini allontanati dalle loro famiglie e a promuovere, all’interno del contesto casa, esperienze positive di relazione genitori-figli. La prospettiva

dell'educativa domiciliare trova fondamento nella valorizzazione delle potenzialità dei genitori, attraverso itinerari di accompagnamento delle famiglie, finalizzati a generare nuovi spazi di interazione, confronto e incoraggiamento all'assunzione della responsabilità connessa al ruolo. "L'accompagnamento si sostanzia nel metodo" (Biancardi, 2013, p. 67): la domiciliarità si configura come postazione privilegiata per osservare e riconoscere le abilità genitoriali e per incentivarne il loro sviluppo e la loro riscoperta. La dimensione di vicinanza orienta il *work in progress* dell'articolato percorso educativo.

Gli obiettivi principali che orientano la gestione degli interventi di educativa domiciliare in chiave preventivo-promozionale sono i seguenti:

- Incrementare le informazioni inerenti alle istanze e le fasi di sviluppo dei soggetti in età evolutiva;
- Potenziare le competenze decisionali relativamente alle scelte di salute sul piano fisico, psichico e sociale;
- Intervenire nella relazione genitore-figlio per accrescere le abilità relazionali responsabili dei processi di formazione dell'autostima e del senso di autoefficacia.

Tali interventi hanno come riferimento teorico il modello pedagogico di ispirazione Deweyana che considera l'esperienza un canale privilegiato dell'apprendimento, che assume la metodologia induttiva-esperienziale come base su cui far leva per orientare percorsi di riflessione e di attribuzione di senso. L'agire dell'educatore domiciliare tiene conto di una rivisitazione costante del progetto di intervento causata dalle continue modificazioni del contesto familiare. Un intervento che si caratterizza come una continua ricerca della soluzione più adatta, nell'*hic et nunc*, e che tende alla promozione dei fattori protettivi all'interno di un contesto quotidiano complesso, difficile e spesso sofferente. Un lavoro educativo che ha avvio spesso da un'"entropia sistemica" (Fabio, 2003, p.7), un disagio del disordine, un caos che deve essere necessariamente compreso e interpretato in chiave preventiva per individuare profili di rischio evolutivo.

Nell'approccio preventivo promozionale l'intervento educativo domiciliare ha il fine specifico di:

- Promuovere il consolidamento di relazioni intrafamiliari positive ed efficaci;
- Sostenere le tappe di sviluppo dei soggetti in età evolutiva;

- Favorire la relazione genitore-figlio;
- Promuovere forme di interazione e di coinvolgimento con i contesti di riferimento del nucleo familiare;
- Potenziare la resilienza familiare e di ciascun componente il sistema-famiglia.

Concepire gli interventi di prevenzione come momenti di incremento dei punti di forza presenti in un dato contesto familiare orienta l'azione educativa verso la disincentivazione dell'azione dei fattori di rischio presenti attraverso il potenziamento dei fattori protettivi e la promozione dello sviluppo della resilienza nei minori e nell'intera famiglia. Affinché l'azione di potenziamento possa essere efficace l'educatore deve essere in grado di riconoscere ciò che in potenza ciascuno può diventare, sapendo valorizzare le spinte di autonomia e di responsabilità e favorendo processi di fronteggiamento alle difficoltà quotidiane senza sostituirsi. Il potenziamento della resilienza si traduce con un investimento nelle capacità e nelle tensioni trasformative delle famiglie, nell'esigenza di sperimentare forme di benessere relazionale e nella necessità di ridefinire, con significati nuovi, la propria storia familiare secondo una prospettiva dialogica, continuamente aperta al confronto e alla ridefinizione di obiettivi e di strategie.

Nell'assicurare percorsi relazionali volti a generare nuovi orizzonti di senso entro cui definire e reinterpretare le proprie funzioni genitoriali il ruolo dell'educatore deve essere orientato a:

- Facilitare l'individuazione delle risorse quanto quella dei limiti presenti nella relazione genitore-minore;
- Riconoscere e rispettare il carico emozionale che i percorsi di bilancio delle competenze genitoriali portano con sé;
- Sostenere i genitori nel percorso di riconoscimento dei vissuti di sofferenza propri e dei figli;
- Riconoscere i limiti e le risorse presenti nel sistema famiglia;
- Accompagnare la famiglia a tracciare eventuali relazioni protettive con la comunità che la famiglia ha intorno a sé.

L'azione dell'educatore che persegue l'obiettivo del superamento della condizione di isolamento sociale che spesso caratterizza le famiglie vulnerabili deve essere connessa, secondo una prospettiva sistemica, con le altre agenzie del territorio (scuola, parrocchia, centri educativi,

associazioni, servizi, tribunale minori, ecc.) attraverso una partecipazione attiva della famiglia e del contesto comunitario.

L'aspetto dell'*entrare in casa* che specifica questo tipo di intervento di sostegno familiare e che lo rende efficace in termini di promozione delle competenze e delle abilità e in termini di osservazione della vita del minore e della famiglia, rappresenta allo stesso tempo un rischio dal punto di vista del coinvolgimento all'interno delle dinamiche relazionali che potrebbe portare a un eccessivo coinvolgimento emotivo e determinare uno sbilanciamento². Al fine di prevenire il rischio di sbilanciamento è necessario, in primis, che l'educatore giunga alla consapevolezza della possibilità di incorrere in questo tipo di difficoltà, e alla strutturazione di momenti di supervisione e di contenimento a livello di équipe multidisciplinare. Lavorare in casa delle famiglie, nella loro quotidianità e, spesso, in contesti di maltrattamento, comporta per l'educatore l'assunzione del rischio di rimanere invischiati in dinamiche di sofferenza intensa, difficili da superare. Lo strumento della narrazione delle esperienze, in un contesto lavorativo così delineato, si configura come una delle possibili risposte efficaci nel processo di costruzione di significato (Bruner, 1992) volto a cercare di attribuire senso, di sciogliere nodi alla complessità, di ricostruire unità, di ricercare nessi e relazioni.

Ricostruire le vicende della propria esperienza professionale è anche un modo di acquisire nuove forme di conoscenza attraverso l'attivazione di un processo riflessivo sulle proprie pratiche, sulle proprie azioni, che evidenzia i percorsi di ricerca di soluzioni a problemi concreti in situazioni contingenti e complesse e gli apprendimenti che ne sono conseguiti (Schon, 1993, Fabbri, 2007, pp. 92-93)

Nei paragrafi successivi verranno presentate una delle prime e più significative esperienze di *home visiting* attivata nel Comune di Milano e rivolta a mamme con bambini nella fascia d'età 0-2 anni e le *Linee guide per gli interventi di home visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia* del CISMAI³ (Novembre 2017).

² Potrebbe determinare uno sbilanciamento su più fronti, tra i quali:

- La sola tutela dei diritti del minore;
- La protezione del genitore vulnerabile (rischio di collusione);
- La protezione dell'intero nucleo familiare rispetto all'esterno (contesto sociale, servizi e istituzioni).

³ *Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia* – CISMAI nato nel 1993 su iniziativa di alcuni centri attivi in Italia nell'ambito della tutela e cura dei minori.

L'obiettivo fondamentale del CISMAI è quello di "costituire una sede permanente di carattere culturale e formativo nell'ambito delle problematiche inerenti le attività di prevenzione e trattamento della violenza contro i minori, con particolare riguardo all'abuso intrafamiliare" (art.1 Statuto CISMAI).

Al fine del raggiungimento dei suoi scopi, l'Associazione:

- **promuove il coordinamento e lo scambio fra centri e servizi**, pubblici e privati, che operano nel campo della prevenzione e del trattamento nell'abuso in danno di minori;

1.2.6.1 Diventare Genitori: un'esperienza di *home visiting* con mamme e bambini 0-2 a Milano

Il CAF (Centro di Aiuto al bambino maltrattato e alla Famiglia in crisi), nel contrastare le cause che possono portare all'allontanamento dei bambini dalle loro famiglie⁴, dal 2007 ha studiato e messo a punto un modello di intervento di prevenzione precoce per sostenere e aiutare le mamme e i loro bambini nel periodo della gravidanza e nei primi mesi di vita. Il progetto "Diventare Genitori", attivo dal 2008, ha come primo obiettivo il sostegno a famiglie fragili o isolate e la prevenzione delle cause che possono portare a un mal-adattamento della relazione genitore-bambino (Di Blasio, 2002 e 2005). Il progetto offre a famiglie fragili o a rischio un sostegno individualizzato dagli ultimi mesi della gravidanza, per una durata di 12, 18 o 24 mesi a seconda della gravità della situazione.

Le famiglie vengono segnalate dagli operatori del territorio (ospedali, consultori familiari integrati, servizi sociali, ecc.) in base a fattori di rischio o a un quadro di fragilità che desta preoccupazione. L'*home visiting* realizzato in epoca 0-2 anni è uno strumento specializzato nell'osservazione e nel sostegno della genitorialità e si propone in ottica ecologica e conservativa di osservare le relazioni familiari nel loro ambiente di vita e nella quotidianità, sostenere i genitori nella ricerca del modo migliore per sviluppare la relazione con i figli in casa propria attraverso l'accordo volontario delle famiglie che accolgono l'operatore in casa.

Il comitato scientifico del CAF, nel definire la metodologia di lavoro, ha tenuto presenti gli interventi di prevenzione e di sostegno alla maternità attivi fino al 2000 sul territorio di Milano⁵ e si è ispirato agli studi e alle ricerche realizzate da David Olds (1997, 1998, 1999, 2002, 2004,

-
- identifica linee guida per la presa in carico delle situazioni e definisce protocolli di intervento utilizzabili dai diversi servizi interessati;
 - promuove contatti e scambi con le forze politiche ed istituzionali, al fine di segnalare le priorità di azione per il contrasto della violenza sui minori;
 - promuove convegni, seminari, dibattiti, ricerche, pubblicazioni, corsi di formazione;
 - tiene contatti e collabora con altre Associazioni nazionali ed internazionali, impegnate nel campo della difesa dei diritti di bambini e bambine.

⁴ Le "Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" nel 2006 auspicavano la diffusione degli interventi di *Home Visiting* in funzione preventiva, poichè la sua applicazione in alcuni Stati ha mostrato essere in grado di abbattere del 30% gli allontanamenti dei minori dalle proprie famiglie.

⁵ Interventi, servizi e progetti destinati a promuovere la salute delle mamme e dei bambini e a sostenere la loro relazione nel primo anno di vita, anche a domicilio come per esempio: Tempo per le famiglie, Coccole e giochi, dimissioni precoci dell'ostetricia, visite a tutte le famiglie da parte dell'assistente sanitaria dei servizi pediatrici. La maggior parte di queste prestazioni è stata eliminata per cambiamenti organizzativi o per mancanza di investimenti economici nel sistema di *welfare*

2006) negli Stati Uniti e che hanno dato vita al *Nurse-Family-Partnership*⁶, progetto di prevenzione basato sull'*home visiting*. Il progetto *Nurse-Family-Partnership*, come le precedenti versioni curate da Olds (Elmira, Memphis e Denver), fanno riferimento a tre teorie: quella ecologica di Bronfenbrenner (1992), quella dell'auto-efficacia di Bandura (1977, 1982) e quella dell'attaccamento di Bowlby (1969).

In base alla teoria ecologica di Bronfenbrenner⁷ e al modello "persona-processo-contesto" il progetto di Olds mira a ottimizzare la rete informale (padre o convivente, famiglia, amici e conoscenti) e formale (servizi sociali, sanitari ed educativi) della madre o dei genitori al fine di migliorare il comportamento educativo e le interazioni con il bambino. Riconoscendo la centralità del contesto sociale e materiale della famiglia il progetto di Olds prevede la domiciliarità dell'intervento in modo da consentire all'operatore la valutazione dell'ambiente familiare.

La teoria dell'autoefficacia di Bandura⁸ costituisce, secondo Olds, un quadro utile per la promozione di comportamenti materni rispettosi della salute propria e di quella del bambino durante la gravidanza e funzionali alla cura e allo sviluppo del bambino e della madre. Nel programma di prevenzione il concetto di autoefficacia ha un ruolo fondamentale: gli operatori dapprima chiariscono agli utenti la distinzione tra aspettative di risultato e aspettative di efficacia e in secondo luogo li aiutano a fissare degli obiettivi modesti facilmente raggiungibili al fine di rafforzare il loro senso di autoefficacia. Per accrescere nei genitori il senso di competenza genitoriale e acquisire ulteriori abilità educative vengono poi rinforzati

⁶ Il programma *Nurse-Family-Partnership* (NFP) è il risultato di tre grandi ricerche di Olds che hanno accompagnato tre versioni leggermente diverse di progetti di *home-visiting* e che hanno il nome dei luoghi nei quali sono stati realizzati: Elmira (New York), Memphis (Tennessee) e Denver (Colorado). Gli obiettivi raggiunti dai tre progetti sono stati: miglioramento della salute della madre e del bambino, riduzione di casi di abuso e maltrattamento sui bambini, migliore pianificazione delle nascite, maggiore coinvolgimento del padre, aumento dell'occupazione, miglior rendimento scolastico e minore richiesta di interventi da parte dei servizi sociali

⁷ Secondo Bronfenbrenner la cura dei genitori per i propri figli è influenzata dalle caratteristiche delle loro famiglie, dalla loro rete sociale, dal vicinato, dalla comunità e dalle interrelazioni tra questi soggetti. La funzionalità della relazione genitore-bambino dipende dall'esistenza e dalla natura delle relazioni dei genitori.

⁸ Secondo Bandura (1977, 1982) le differenze in termini di motivazione, comportamento e costanza negli sforzi a cambiare i comportamenti sociali dipendono dalle convinzioni personali circa il rapporto tra i propri sforzi e i risultati desiderati. I processi cognitivi avrebbero quindi un ruolo centrale nell'acquisizione e nel mantenimento dei modelli comportamentali. Bandura distingue due tipi di aspettative: le *aspettative azione-risultato* in cui si ritiene che una certa azione condurrà a un certo risultato ("Se smetto di fumare sarò più in forma") e le *aspettative di efficacia* (da cui il senso di autoefficacia) che corrispondono alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati desiderati ("Sono in grado di smettere di fumare"). Il senso di autoefficacia incide sia sull'adozione che sulla costanza di comportamenti diretti ad affrontare situazioni problematiche e a risolverle, raggiungendo il risultato desiderato. Incidendo quindi sulle scelte operate determina anche lo sforzo per affrontare gli ostacoli.

comportamenti di cura ed educativi più funzionali a un corretto sviluppo del bambino e alla capacità di prendere delle decisioni relative alla propria crescita personale (ad esempio sul piano della formazione, dell'occupazione e delle relazioni private).

Secondo Olds, infine, riprendendo la teoria dell'attaccamento di Bowlby⁹ (1969), per poter modificare modelli di attaccamento disfunzionali è fondamentale il rapporto che viene a instaurarsi tra l'operatore e il genitore, possibilmente a partire dalla gravidanza. La costruzione di un rapporto fondato su rispetto ed empatia permette ai genitori di sentirsi soggetti segni di sostegno e attenzione e agli operatori di venire a conoscenza delle esperienze vissute dai genitori nella loro infanzia e dei rispettivi pattern di attaccamento per poterli aiutare, accompagnare e sostenere nel difficile processo di elaborazione dei propri vissuti. Nel condurli alla riflessione gli operatori porteranno i genitori a considerare i propri figli come individui con esigenze e bisogni propri e distinti, attraverso la presa di coscienza delle motivazioni del bambino e delle sue strategie di comunicazione.

Il progetto del CAF "Diventare Genitori" nasce dalla volontà di prevenire la patologizzazione delle condizioni di rischio della famiglia e la promozione di una genitorialità adeguata.

Gli obiettivi perseguiti dagli operatori nello sviluppo dell'intervento vengono identificati in:

- Aiutare la madre a stabilire una buona relazione con il proprio bambino;
- Aumentare la sensibilità e la responsività materna (base per attaccamento sicuro);
- Sostenere i genitori rispetto al senso di autoefficacia e implementare le risorse protettive e le competenze genitoriali;
- Rafforzare o creare le reti familiari, amicali e sociali per prevenire l'isolamento sociale;
- Favorire l'accesso ai servizi e alle risorse del territorio.

Gli approcci e i metodi utilizzati sono: approccio psicopedagogico, psicoanalisi, psicologia di comunità (rete/prossimità, *empowerment* sociale), processi cognitivi (neuroni specchio), sviluppo cognitivo e teoria dell'attaccamento, strumenti di valutazione puntuali e formazione permanente.

⁹ Secondo Bowlby le esperienze di attaccamento esperite dalla madre vengono codificate in forma di un pattern di attaccamento che determina lo stile delle comunicazioni emozionali e delle seguenti relazioni con enormi conseguenze sulla qualità della relazione madre-bambino.

Le operatrici sono state formate attraverso un corso per “Operatore Mamma Bambino” volto a: sostenere:

- Sostenere le capacità osservative secondo il metodo di E. Bick dell’*Infant Observation* (1964);
- Sostenere le capacità di decentramento culturale secondo l’ottica transculturale;
- Sostenere le competenze operative secondo l’ottica dell’empowerment sociale (valorizzare le risorse protettive delle famiglie) e del lavoro di rete;
- Sostenere le competenze di sostegno secondo l’ottica dell’attaccamento di Bowlby;
- Approfondire le nozioni relative allo sviluppo cognitivo e fisico del bambino 0-3 anni;
- Approfondire le nozioni sui neuroni specchio (Iacoboni, 2008);
- favorire il riconoscimento degli indicatori di maltrattamento e abuso.

Oltre alla formazione le operatrici sono sostenute da incontri settimanali di equipe e supervisione e dal rapporto con la coordinatrice.

Rispetto alla procedura della modalità di intervento fondando quest’ultimo sulla relazione non è possibile definirla a priori perchè va via via costruendosi a partire da diversi livelli di riflessione (nel contesto domiciliare, nell’équipe, nella supervisione, nella rete degli operatori).

Rispetto alla frequenza le operatrici visitano le mamme: una volta la settimana durante la gravidanza, due volte la settimana quando nasce il bambino; durante gli ultimi mesi del progetto le visite tornano a una frequenza settimanale per sostenere la separazione e l’avvio all’autonomia. Nel caso delle famiglie straniere è prevista la presenza di una mediatrice linguistico culturale appositamente formata.

Dal 2008 al 2012 sono state accolte 59 famiglie di cui 12 italiane, 25 straniere e 5 coppie miste italo-straniere. I principali segnalanti sono stati i consultori familiari (41%) insieme ai poli ospedalieri coinvolti dall’informazione che in totale rappresentano il 74% degli invianti. Il campione di mamme e padri seguiti ha un’età media rispettivamente di 31 e 35 anni. Il livello culturale del campione è tendenzialmente elevato (tra le madri seguite si evidenzia una percentuale elevata di istruzione superiore/laurea che si attesta sul 72%). Il 38% delle madri seguite viene accolta in gravidanza. Su 42 casi seguiti, 24 sono al primo figlio (57%).

L’età degli altri bambini presenti in famiglia si colloca tendenzialmente tra 0 e 5 anni.

Per quanto riguarda i fattori di rischio delle famiglie accolte e seguite dal progetto gli operatori segnalano le famiglie per l'isolamento (58% dei casi), per il trauma migratorio (48% dei casi), dato riferito anche per le famiglie italiane immigrate a Milano da altre parti d'Italia; nel 40% dei casi per grave situazione sociale ed economica, nel 39% dei casi per segnalazione da parte dei servizi di violenze, abusi o gravi conflitti familiari, nel 29% dei casi per la giovane età dei genitori. Sempre in fase di segnalazione, un secondo gruppo di fattori di rischio è composto da fattori soggettivi legati alla salute della madre o di altri componenti della famiglia, quali: precedenti episodi di malessere psichico (26%), ansia /26%), sostegno psicologico o psichiatrico in corso/nel passato (21%).

Nell'approfondire l'evoluzione dei fattori di rischio nel corso dell'intervento per le famiglie emerge un abbattimento significativo a 12 e 24 mesi: in generale, a 12 mesi di intervento, si evidenzia una forte flessione di isolamento, senso di inadeguatezza, basso livello di autostima e attacchi di ansia.

Rispetto ai fattori di protezione si evidenzia che le madri seguite sono caratterizzate da una buona capacità di chiedere aiuto, buone capacità cognitive e in fase di accoglienza un buon riferimento di rete. A 12 mesi si osserva che il progetto influenza in modo positivo i fattori di protezione relativi alla valorizzazione della rete familiare, sociale, amicale e anche sulle capacità cognitive della madre.

1.2.6.2 Linee guide per gli interventi di *home visiting* nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia – CISMAI 2017

L'obiettivo fondamentale del CISMAI è quello di

costituire una sede permanente di carattere culturale e formativo nell'ambito delle problematiche inerenti le attività di prevenzione e trattamento della violenza contro i minori, con particolare riguardo all'abuso intrafamiliare (art.1 Statuto CISMAI).

Tra le varie azioni messe in atto dall'Associazione per raggiungere i suoi scopi il CISMAI identifica *linee guida* per la presa in carico delle situazioni e definisce protocolli di intervento utilizzabili dai diversi servizi interessati. Le *Linee guide per gli interventi di home visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, pubblicate nel Novembre del 2017, enunciano i principali requisiti di qualità degli interventi di prevenzione del maltrattamento attraverso lo specifico strumento dell'*home visiting*, così come viene declinato nel documento dell'OMS (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.

L'OMS pone l'attenzione sulla precocità della rilevazione prendendo in esame il periodo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio. I servizi con cui la gestante viene a contatto possono rilevare precocemente segnali di disagio e attivare interventi di sostegno preventivo a difficoltà di cura e gestione della genitorialità, che rappresentano fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di condotte inadeguate e maltrattanti sulla prole.

Le Linee guida sono articolate in diverse parti: una premessa, la definizione dell'ambito di intervento, la definizione del target di riferimento, l'intervento di prevenzione attraverso *l'home visiting* (rilevazione/prima valutazione dei fattori di rischio, progetto di intervento e monitoraggio e supervisione), la rete, la formazione degli operatori e la valutazione di efficacia. Tranne che per le prime tre parti per le restanti vengono definite, dopo una parte introduttiva, le raccomandazioni.

Il presupposto è che i programmi di *home visiting* riducono i rischi di maltrattamento e promuovono le risorse genitoriali. L'*home visiting* viene definito come “uno strumento operativo per accompagnare e sostenere la genitorialità fragile attraverso la costruzione di una relazione di aiuto”(CISMAI, 2017, p.24) mediante l'organizzazione di visite domiciliari nei primi mesi di vita del bambino da parte di personale “che inizialmente può anche essere sanitario, possibilmente la stessa assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi essere sostituita da un operatore professionale preparato specificamente per questo servizio” (ibidem, p.24).

Il progetto non è applicabile a qualsiasi situazione: la scelta delle famiglie a cui proporre l'*home visiting* è circoscritta a coloro che sono in situazioni di rischio ma sono anche portatrici di risorse e a genitorialità complicata da disabilità o disturbi dello sviluppo dei figli, come autismo, ADHD, ritardo cognitivo, DSA, problemi dello sviluppo motorio.

Nelle linee guida viene evidenziato che l'inserimento dell'*home visiting* in un lavoro di rete più ampio rappresenta un elemento di appropriatezza sia in fase di rilevazione dei fattori di rischio e prima valutazione che nel progetto stesso, prevedendo in caso di necessità la possibilità di connettere più dispositivi: quali sostegno psicologico, gruppi di incontro, monitoraggio del servizio sociale, ecc. Poiché la prevenzione del mal-trattamento richiede un lavoro complesso e multidimensionale “l'assenza di una reale offerta di rete pregiudica spesso l'efficacia dell'*home visiting*” (Ibidem, p.25).

La parte relativa all'intervento di prevenzione attraverso *l'home visiting* si compone di diverse parti:

- rilevazione/prima valutazione dei fattori di rischio:
 - a) arrivo di una segnalazione della presenza di una madre/coppia a rischio per segnali individuati dagli operatori socio-sanitari che si occupano della gravidanza e del puerperio al servizio territoriale di base da parte del Pronto Soccorso, del Consultorio o di un presidio ospedaliero la segnalazione;
 - b) attivazione équipe multiprofessionale;
 - c) analisi e valutazione dell'équipe multiprofessionale di tutti gli elementi esposti nella segnalazione, approfondendo in particolar modo l'intreccio tra fattori di rischio e di protezione, in modo da poter formulare una prognosi minimamente documentata di modificabilità. In caso positivo, l'équipe stabilirà i primi tratti del progetto a partire dalla scelta di un operatore domiciliare.

Raccomandazioni:

- équipe composta almeno da assistente sociale, educatore professionale, psicologo esperto dell'età evolutiva e/o della famiglia;
- équipe stabile, affiatata e coesa rispetto all'approccio scientifico che mette il bambino e la sua relazione con l'adulto di riferimento al centro e al primo posto nel riconoscimento dei diritti alla cura;
- équipe composta da figure professionali che integrino altre competenze nei casi in cui la situazione richieda approfondimenti in campo psichiatrico, neuropsichiatrico e medico;
- operatori preferibilmente già esperti e preparati, selezionati tra il personale già in organico, dovranno partecipare a una riunione plenaria con i Direttori dei rispettivi reparti di appartenenza per essere bene informati sulla natura, lo stile, la finalità del progetto (anzitutto il personale in attività presso i vari reparti che si occupano della maternità prima e dopo il parto, nonché personale educativo che afferisce alla tutela territoriale);
- uso di strumenti standardizzati di valutazione iniziale relativi ai fattori di rischio, al modello di legame di attaccamento e pregresse esperienze sfavorevoli infantili.

- progetto di intervento
 - a) presentazione, spiegazione e discussione a casa delle famiglie del metodo di sostegno (numero di ore di visita, frequenza settimanale, durata minima e massima e un codice condiviso di comportamento) il tutto è sintetizzato in un contratto sottoscritto dalle parti;
 - b) valutazione e definizione di tempi e cadenza di incontri tra genitori/e e operatore con lo scopo di dare significato, riflettere insieme e valutare le attività svolte e il percorso effettuato nel periodo in questione. In caso vengano prese decisioni o segnalate difficoltà, verrà elaborato un breve verbale firmato da entrambe le parti. Il verbale verrà poi condiviso con l'équipe multiprofessionale;
 - c) nel caso di interventi di *home visting* che esitino nella decisione di un allontanamento definitivo del bambino dal contesto familiare (per esempio nei casi di maltrattamento grave al figlio e/o di violenza domestica consolidata e cronica, per i quali l'intervento di *home visiting* è inappropriato) l'intervento potrebbe prevedere l'accompagnamento dei genitori nell'accettazione del momentaneo allontanamento come scelta consapevole in vista di una modificazione dei comportamenti pericolosi per un rientro in condizioni di sicurezza.

Raccomandazioni:

- dimensione temporale: estensione (minimo 6 mesi), frequenza (almeno 2 volte a settimana), intensità (almeno 2 ore ogni volta);
- una relazione con i genitori, in particolare fra la madre e l'operatrice, basata sulla condivisione, il supporto, l'osservazione, con proposte di opportunità e punti di vista nello sviluppo della relazione con i figli, nell'accudimento fisico ed emotivo, nella gestione domestica, nell'organizzazione delle routine, nel fronteggiare le ordinarie difficoltà, nell'integrazione sociale, nella mediazione relazionale dei genitori tra loro, con le famiglie d'origine, con i servizi;
- evitare turn over di operatori troppo frequenti;
- importanza di riportare in équipe ogni situazione di maltrattamenti diretti sul bambino;

- importanza di riportare in équipe anche ogni evento di violenza domestica sulla madre per valutare gli opportuni interventi di segnalazione e protezione.
- monitoraggio e supervisione
 - verifiche mensili dell'équipe multiprofessionale, sulla scorta delle relazioni degli operatori e dei loro protocolli osservativi, dell'andamento del progetto;
 - individuazione della figura di un supervisore stabile che mensilmente ascolti le difficoltà emerse dalla pratica e verifichi l'applicazione corretta delle regole stabilite

Raccomandazioni:

- aggiornamento del protocollo di osservazione o eventuali altri strumenti concordati con la rete da parte dell'operatore;
- tempi e modalità di incontro delle équipe di base e allargate sulle varie situazioni siano decisi in base alle necessità e alle disponibilità, concordate con la rete;
- strutturazione di strumenti di valutazione di efficacia e follow up da gestire nell'ambito dell'équipe.

La penultima parte delle Linee Guida è relativa alla formazione che si compone di tre livelli:

PRIMO LIVELLO (per implementare le capacità di rilevazione e di segnalazione)

Destinatari: tutti gli operatori

Raccomandazioni:

- rafforzare la capacità di individuare i segnali di sofferenza relazionale e le fragilità della gestante e del nucleo

SECONDO LIVELLO

Destinatari: il personale dei servizi di tutela territoriale, a cui afferiscono le segnalazioni delle situazioni a rischio.

Raccomandazioni:

- mettere in grado l'équipe multiprofessionale (psico-socio-sanitaria) di effettuare una valutazione dell'incrocio tra i fattori di rischio e di protezione distali e prossimali, oltre che una prognosi di recuperabilità (la capacità della madre di

chiedere aiuto, la partecipazione consapevole del padre e l'impegno ad accogliere in casa l'operatore con fiducia, oltre che di seguirne le indicazioni).

TERZO LIVELLO

Destinatari: gli operatori domiciliari, che entrano nelle case a supporto delle madri e delle famiglie.

Raccomandazioni:

- rafforzare gli operatori nella capacità di “sostenere senza sostituirsi, di correggere senza giudicare, di accettare tempi adeguati per instaurare la relazione di fiducia e situazioni di frustrazione rispetto all'idea di aiuto attivo, di salvaguardare gli aspetti di autorevolezza professionale in una quotidianità apparentemente priva di setting” (CISMAI, 2017, p.31);
- essere vigili rispetto alla tutela del minore;
- garantire “la supervisione a tutti gli operatori del progetto come condizione imprescindibile per la correttezza, la tenuta e l'efficacia dell'intervento domiciliare, in tempi e modi diversi, ma secondo una calendarizzazione conosciuta, condivisa e rigorosamente osservata” (Ibidem, p.32).

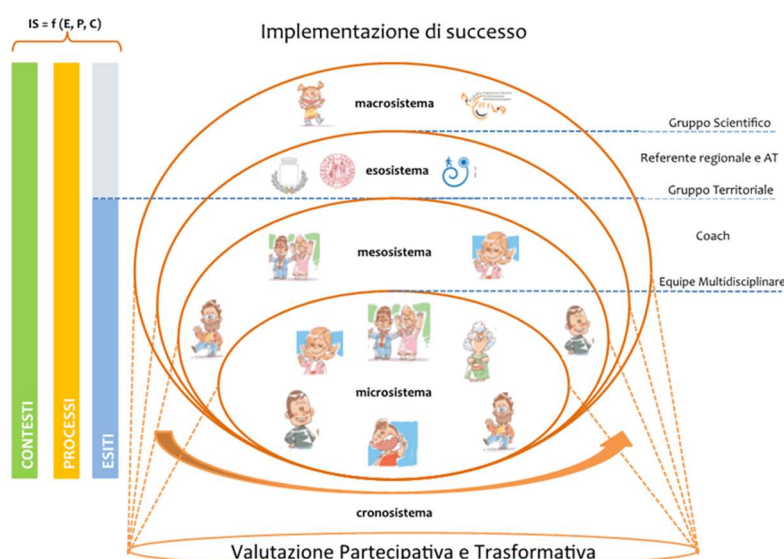
L'ultima parte delle Linee Guida è relativa alla valutazione di efficacia durante e alla fine dell'intervento, oltre che in follow-up che deve riguardare tutti gli operatori coinvolti. In particolare, si sottolinea che è indispensabile che l'operatore domiciliare sia fornito di appositi protocolli osservativi della relazione genitoriale e del benessere del bambino (adeguatezza delle cure, responsività reciproca, interventi educativi, salute psicofisica della madre, sviluppo psicofisico del bambino, qualità dell'atmosfera familiare) per registrare determinati comportamenti e valutare la loro modifica nel tempo. Viene inoltre riportato che sarebbe auspicabile il coinvolgimento di istituti universitari o di ricerca pubblici o privati al fine di individuare strumenti di valutazione di efficacia confrontabili.

1.2.7 Il Programma P.I.P.P.I.

Il Programma P.I.P.P.I. Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione nasce a fine 2010 come risultato di una collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, 10 Città italiane (riservatarie del fondo della Legge 285/1997 - Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia) e i servizi sociali, e di protezione e tutela minori (cooperative del privato sociale, Aziende che gestiscono i servizi sanitari degli enti locali coinvolti, etc.) e le scuole. Il Programma rappresenta dunque anche il tentativo di creare un raccordo tra istituzioni diverse (Ministero, Università, Enti locali) che condividono la stessa *mission* di promozione del *bene comune*, oltre che tra professioni e discipline degli ambiti del servizio sociale, della psicologia e delle scienze dell'educazione, che solo unitamente possono fronteggiare la sfida di ridurre il numero dei bambini allontanati dalle famiglie.



P.I.P.P.I. si differenzia dai programmi nel senso anglosassone del termine, ossia come una struttura rigida da applicare secondo un approccio *up-down*, e dai progetti indefiniti per caratterizzarsi come un'*implementazione*, un punto di sintesi fra l'applicazione rigida di un modello standardizzato aprioristico e un progetto informe che nasce dal basso, attraverso strategie *evidence-based* integrate in *setting* specifici di pratiche per innovare i modelli e produrre nuova conoscenza. Un processo di implementazione creato dal rapporto tra tre fattori: Evidenza, Contesto, Processo (Ogden 2012), come rappresentato dalla figura che segue:



(Figura 13: Processo di implementazione)

Per raggiungere questo obiettivo l'articolato programma di ricerca- intervento-formazione è stato implementato in *cinque fasi*:

1. 2011-2012, adesione di 10 Città italiane riservatarie della L.285/1997 – Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia-, 89 famiglie target nel gruppo sperimentale, 122 bambini; 35 famiglie e 37 bambini nel gruppo testimone;
2. 2013-2014, adesione di 9 Città italiane - Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia-, 170 e 249 bambini famiglie nel gruppo sperimentale; 54 famiglie e 49 bambini nel gruppo testimone;
3. 2014-2015, estensione a 50 ambiti territoriali appartenenti a 17 Regioni e una Provincia Autonoma, coinvolgimento di 500 famiglie.
4. 2015-2016, 18 Regioni, 500 Famiglie coinvolte.
5. 2016-2017, 17 Regioni e una Provincia Autonoma con un totale di 56 Ambiti territoriali, 560 famiglie coinvolte.

Il Programma persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenti al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini che vivono in tali famiglie, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. L'obiettivo primario è dunque quello di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo, secondo il mandato della legge 149/2001.

La sfida di P.I.P.P.I. è dunque quella del sostegno alle famiglie vulnerabili assumendo l'ipotesi che queste famiglie se sostenute in maniera intensiva, rigorosa e per tempi definiti, attraverso un processo di empowerment, secondo l'approccio della valutazione partecipativa e trasformativa (Serbati, Milani, 2013) da operatori che lavorano in Equipe Multidisciplinari, possono apprendere nuovi modi, più funzionali alla crescita positiva dei loro figli e del loro essere genitori nel quotidiano.

L'esperienza propone linee d'azione innovative nel campo del sostegno alla genitorialità vulnerabile, scommettendo su un'ipotesi di contaminazione fra l'ambito della tutela dei minori e quello del sostegno alla genitorialità.

L'acronimo P.I.P.P.I. intende rifarsi a Pippi Calzelunghe, immagine che crea un orizzonte di senso centrato sulle possibilità di cambiamento della persona, sull'importanza delle reti sociali, dei legami affettivi, delle possibilità di apprendimento e cambiamento anche nelle situazioni di maggiore vulnerabilità delle famiglie. Pippi è una figura metaforica delle potenzialità inesauribili dei bambini e delle loro capacità di resilienza e aiuta a vedere che la realtà può essere rappresentata da angolature plurali, che tale diversa rappresentazione può introdurre elementi di modificazione della realtà stessa e che il cambiamento può avvenire in maniera inattesa.

L'intervento previsto in P.I.P.P.I. si articola in quattro fasi fra loro interconnesse in un rapporto non di linearità, ma di circolarità: la *prima fase* (pre-valutazione) prevede un lavoro di *pre-assessment* dell'organizzazione familiare interna ed esterna e dello sviluppo del bambino svolto dall'équipe multidisciplinare completa insieme alle famiglie, al fine di stabilire il livello di rischio di allontanamento per il bambino. Le famiglie con figli a rischio di negligenza sono invitate a partecipare al programma P.I.P.P.I.

Qualora le famiglie accettino, segue una *seconda fase* di valutazione e progettazione, nella quale è attiva l'équipe multidisciplinare composta dai professionisti che sono in contatto costante con la famiglia (insegnanti, assistenti sociali, operatori sanitari, psicologi e altri collaboratori volontari) assieme alla famiglia e ai figli stessi. La *terza fase* si incentra nella realizzazione del programma, che comprende quattro principali tipologie di dispositivi:

- Interventi di educativa domiciliare con le famiglie per sostenere i genitori, rafforzare le relazioni genitori-figli e migliorare lo sviluppo dei bambini;
- Partecipazione a gruppi di genitori e di bambini (es: incontri settimanali/quindicinali per lo svolgimento di attività di sostegno alla genitorialità);
- Collaborazione tra scuole/famiglie e servizi sociali (l'équipe multidimensionale è composta anche dall'insegnante di riferimento del bambino interessato al progetto);
- Famiglie d'appoggio (aiutanti volontari locali, quali parenti, amici, vicini, ecc.) che offrono un aiuto/sostegno concreto alla famiglia target.

La durata del programma per ogni famiglia partecipante è di un periodo di 18 mesi.

La *quarta fase* è di valutazione ex-post. L'obiettivo è stabilire se la famiglia dovrà proseguire la propria partecipazione al programma P.I.P.P.I., oppure rientrare nella normale presa in carico dei servizi.

L'Università di Padova ha predisposto inoltre uno strumento condiviso di valutazione e progettazione online: RPMonline (Rilevazione, Progettazione e Monitoraggio). RPMonline si basa su un modello ecologico di valutazione e progettazione, centrato anche sul punto di vista del bambino, della famiglia e dei professionisti in merito alle esigenze del bambino e della famiglia. Queste informazioni costituiscono il punto di partenza per una progettazione efficiente ed efficace e sono aggiornate regolarmente.

1.2.7.1 Governance del programma P.I.P.P.I.

Il *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali* (MLPS), ente promotore e finanziatore, ha la responsabilità della *governance* complessiva del programma. È punto di riferimento per tutte le questioni relative alla gestione organizzativa, amministrativa e economica. Si rapporta in particolare con Assessori, dirigenti e referenti regionali e di ambito del programma.

Il *Gruppo Scientifico* mette a disposizione i materiali, monitora la fedeltà al programma e l'integrità dello stesso e l'insieme del processo di implementazione, lavora in presenza e a distanza per aumentare l'autonomia professionale dei singoli professionisti nell'implementazione dello stesso, garantendo il trasferimento delle metodologie e degli strumenti previsti nel piano di intervento e valutazione.

La *Regione* e la *Provincia Autonoma* favorisce complessivamente l'implementazione del programma, sensibilizzando, curando e attivando i collegamenti inter-istituzionali necessari tra gli assessorati di competenza, in particolare tra il sociale, la sanità, la scuola, anche istituendo un Tavolo di coordinamento regionale al fine di garantire il buon funzionamento del programma ed attivare uno scambio di esperienze tra gli ambiti territoriali aderenti alla sperimentazione.

Il *referente regionale* ha i compiti:

- di riferimento sui contenuti della sperimentazione e di raccordo con gli AATT della Regione
- di contribuire alla costruzione del Tavolo di coordinamento regionale e di garantirne il funzionamento attraverso il coordinamento operativo di tale organismo
- di curare e mantenere la comunicazione con il Ministero, il GS e gli AATT
- di facilitare l'integrazione tra i settori sociali, sanitari e scolastico-educativi

- di facilitazione amministrativa.

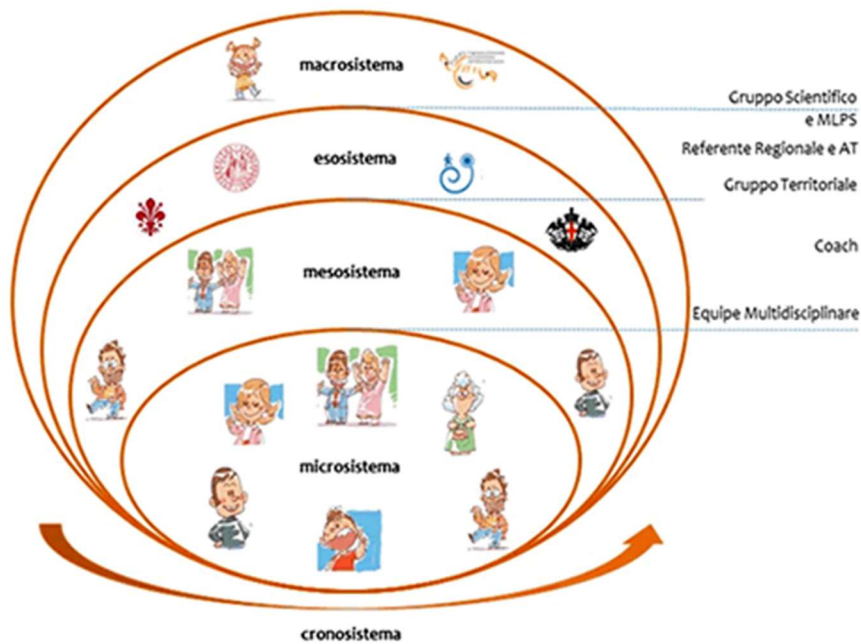
L'*Ambito Territoriale sociale* (AT) gestisce il programma in tutte le sue fasi e azioni, assicurando il rispetto dei contenuti indicati nella guida e della tempistica. L'AT attiva il GT di ambito e permette la costituzione e l'attivazione delle EEMM.

Il *Gruppo di riferimento territoriale* (GT) è un gruppo di stakeholders del pubblico e del privato sociale che concerta e risponde complessivamente delle attività svolte all'interno del programma. Svolge una funzione politico-strategica che garantisce continuità dell'investimento, la presenza di tutte le istituzioni come del privato sociale, la possibilità di ricadute reali nel territorio, organizzando e sostenendo le specifiche attività di programmazione, di monitoraggio e di valutazione dello stato di implementazione del programma nel suo insieme.

Ogni AT individua un referente del programma che è una figura di importanza strategica per mantenere aperta e fluida la comunicazione fra tutti i livelli e i soggetti coinvolti nel programma.

Il *coach*: al fine di garantire, da una parte l'acquisizione di competenze interne ai servizi in modo tale da rendere progressivamente autonomi gli AT nella gestione del programma, dall'altra di favorire il processo di appropriazione del programma da parte dei servizi, rinforzando il lavoro di adattamento e traduzione di un modello generale alle diverse realtà in cui viene implementato, rispondendo alle problematiche professionali e organizzative che emergono durante il lavoro, il coach ha un ruolo prevalentemente di accompagnamento delle EEMM nell'implementazione del programma (scelta delle FFTT, *pre-assessment*, tutoraggi, utilizzo degli strumenti, verifica delle compilazioni ecc.).

L'*équipe multidisciplinare* (EM): cura la realizzazione di ogni progetto d'intervento con ogni FT, svolge una funzione operativa che garantisce qualità, continuità e correttezza nei processi di presa in carico, nell'implementazione del processo della valutazione partecipativa e trasformativa e nell'utilizzo degli strumenti previsti. L'*équipe multidisciplinare* comprende: l'assistente sociale del Comune, lo psicologo dell'Asl, l'educatore domiciliare (spesso del terzo settore), una famiglia d'appoggio, l'insegnante, se possibile il pediatra e qualunque altro professionista ritenuto pertinente, oltre che la FT stessa.



(Figura 14: la governance di P.I.P.P.I.)

1.2.7.2 Framework teorico del Programma P.I.P.P.I.

Il *framework* teorico di riferimento attraverso cui vengono realizzati l'*assessment* della famiglia e la relativa progettazione è il modello dell'ecologia dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (2005) secondo cui ogni bambino, per crescere, ha bisogno di una buona ecologia umana e sociale, in quanto è all'interno di essa che possono svilupparsi anche relazioni familiari positive e di effettivo sostegno alla crescita. Secondo questo approccio l'intervento in protezione è centrato sul bambino, e ha come focus la famiglia tutta e il contesto sociale, cioè si realizza nel più ampio mondo del bambino. Da qui il *framework* operativo, denominato appunto *Il Mondo del Bambino* e il relativo strumento base utilizzato nel programma per Rilevare la situazione del bambino, Progettare il cambiamento e Monitorarlo: *RPM_online*. Tale *framework* rappresenta l'adattamento italiano dell'esperienza del Governo inglese che, a partire dagli anni Novanta (Parker et al., 1991; Ward, 1995), ha avviato il programma governativo *Looking After Children* (Gray, 2002) con l'obiettivo di armonizzare gli interventi nei contesti sociali, sanitari, educativi e della giustizia, per rispondere ai bisogni di efficacia degli interventi sociali in vista di uno sviluppo ottimale dei bambini in carico ai servizi di protezione e tutela.

Tramite *Il Mondo del Bambino*, nel processo della valutazione partecipativa e trasformativa tutti i soggetti dell'équipe di cui le famiglie target sono membri, avviano un processo di riflessione, esplicitazione e attribuzione condivisa di significato alle osservazioni e ai comportamenti rispetto ai quali si deve stimare la segnalazione. Creare contesti di valutazione tras-formativa vuol dire rendere le famiglie protagoniste nella costruzione dei significati di tutto il processo valutativo dell'intervento: dalla definizione dei problemi (*assessment*), alla costruzione delle soluzioni (progettazione), all'attuazione e al monitoraggio delle stesse (intervento), fino ad arrivare alla valutazione complessiva sul percorso fatto e sui cambiamenti ottenuti. Il punto centrale è analizzare per trasformare, dedicare tempo e risorse all'*assessment* per avviando il processo di co-costruzione di un progetto di vita preciso, dettagliato e scandito



nel tempo che renda concretamente possibile e verificabile il processo di cambiamento delle strutture della negligenza familiare e quindi il miglioramento delle relazioni familiari.

I professionisti delle équipes sono invitati a concentrarsi non solo sul fare e sul pensare, ma anche sull'agire, ossia quel fare intenzionalmente orientato (*l'agère* di Aristotele), che coniuga in sé la dimensione prassica con quella teorica. La scommessa di P.I.P.P.I. è introdurre e realizzare delle azioni concrete, pensate e quindi progettate con le famiglie target, visibili e documentate, nate da un pensare insieme ai bambini e ai genitori (*assessment*), e da un fare insieme (intervento) e sempre accompagnate tramite il meccanismo del tutoraggio e del coaching, per dare vita a quella comunità di pratiche e di ricerca che costruisce conoscenza e innovazione.

1.2.7.3 Il target del Progetto P.I.P.P.I

La popolazione interessata, target, è costituita da famiglie *negligenti*, secondo la definizione:

Una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte" (Lacharité, Éthier et Nolin, 2006),

All'origine della negligenza Lacharité et al. (2006) individuano due fenomeni: una prima perturbazione nelle relazioni tra figure genitoriali e figli e una seconda che riguarda le relazioni tra le famiglie e il loro mondo relazionale esterno. Questa definizione spiega la scelta di indirizzare l'intervento mobilitando entrambe le dimensioni secondo un approccio ecosistemico volto a sviluppare servizi e interventi integrati che superino il modello organizzativo-culturale che considera la negligenza come un'aggregazione di problemi individuali dei genitori e dei bambini e che richiede un'azione di sistema.

Il target di P.I.P.P.I.:

1. Bambini da 0 a 11 e figure parentali di riferimento (i fratelli maggiori di questi bambini e quindi le famiglie con figli pre-adolescenti e adolescenti possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse);
2. Bambini il cui sviluppo e la cui sicurezza sono considerati dagli operatori di riferimento come preoccupanti a ragione del fatto che vivono in famiglie all'interno delle quali le

figure parentali sperimentano difficoltà consistenti e concrete a soddisfare i bisogni dei bambini sul piano fisico, educativo, affettivo, psicologico, ecc.;

3. Genitori che risultano negligenti a partire dall'analisi fornita dallo strumento di pre-assessment utilizzato nella fase preliminare al fine di identificare le FFTT da includere nel programma;
4. Famiglie per cui l'accesso all'insieme di servizi forniti fino all'avvio di P.I.P.P.I. non ha permesso di migliorare la situazione;
5. Bambini mantenuti in famiglia attraverso una forma di sostegno intensivo e globale rivolto ai bambini stessi, alle famiglie, alle reti sociali informali in cui vivono;
6. Famiglie che sono già state separate, ma per le quali si intende avviare un programma di riunificazione familiare stabile al fine di ridurre i tempi di allontanamento esterno alla famiglia dei bambini (queste famiglie possono costituire mediamente il 20% delle famiglie incluse).

CAPITOLO SECONDO

Il contesto

*Il diritto conosce se stesso, il proprio limite,
l'illegittimità di ogni sua pretesa di impadronirsi della vita,
l'esistenza di uno spazio di non diritto nel quale non può entrare
e di cui, se necessario, deve farsi tutore,
pronto a scomparire quando le condizioni culturali e
sociali del vivere abbiano assunto la loro pienezza.
Non un ruolo paternalistico, ma di distanza e rispetto.*

Stefano Rodotà, 2015

2.1 Premessa

Nel presente capitolo verrà presentata la cornice legislativa e l'organizzazione dei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna che fanno da sfondo agli interventi educativi domiciliari. Verrà inoltre presentata, al termine del capitolo, l'analisi dei dati raccolti dall'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna attraverso il Sistema informativo socio-assistenziale minori – SISAM pubblicata nell'anno 2016 dalla Regione Emilia-Romagna.

2.2 Cornice legislativa

Le condizioni di vulnerabilità che danno luogo alla negligenza parentale minano globalmente il benessere e lo sviluppo dei bambini e spesso ne segnano negativamente le traiettorie di sviluppo. A livello sociale, costituiscono un fattore che incide pesantemente sulla situazione complessiva di disordine, conflitto, violenza e disuguaglianza sociale che segna drammaticamente i nostri giorni. Liberare il potenziale dei bambini che vivono in tali condizioni è quindi innanzitutto una modalità per favorire l'attuazione concreta dell'articolo 3 della Costituzione:

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Il diritto di ogni bambino a vivere con la propria famiglia e a mantenere i legami familiari è sancito dall'art. 9 dalla "Convenzione sui diritti del fanciullo", siglata a New York il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con la L. 27 maggio 1991 n. 176.

La stessa Costituzione, nell'art. 30, dopo aver sancito che è dovere e diritto dei genitori mantenere educare e istruire i figli, stabilisce che nel caso di loro incapacità "la legge provvede a che siano assolti i loro compiti" disciplinando la misura dell'allontanamento del minore dalla famiglia maltrattante. Non è solo la legge nazionale a prevedere la possibilità di un allontanamento: questa ipotesi, infatti, è prevista nella stessa Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989¹⁰, il cui art. 9 impone agli Stati parte di vigilare perché un fanciullo non sia separato dai genitori contro la loro volontà "a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserve di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di protezione applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interesse preminente del fanciullo". La norma, in via esemplificativa, menziona i casi in cui i genitori maltrattano o trascurano il fanciullo e si pone in stretta relazione con quanto prescrive l'art. 6 (il diritto del fanciullo alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo) e soprattutto all'art. 19 primo comma, che impone agli Stati membri di adottare ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro "ogni forma di violenza, di oltraggio, o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento compresa la violenza sessuale". Importante inoltre citare il secondo comma dello stesso articolo dove si afferma che le misure di protezione del maltrattamento devono comportare procedure per la creazione di programmi sociali di sostegno e di appoggio anche ai genitori, e altre forme di prevenzione che potranno includere "se necessario" procedure di intervento giudiziario. Particolare rilievo riveste infine anche l'art. 20, nel quale è affermato che:

Ogni fanciullo il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto ad una protezione e ad aiuti speciali dello Stato. Gli Stati parti prevedono per questo fanciullo una protezione sostitutiva in conformità con la loro legislazione nazionale.

Accanto al principio della protezione del minore dai maltrattamenti familiari l'art. 5 della Convenzione impegna gli Stati ratificanti a "rispettare la responsabilità, il diritto e il dovere dei genitori di dare al fanciullo, in maniera corrispondente allo sviluppo delle sue capacità, l'orientamento e i consigli adeguati all'esercizio dei diritti che gli sono riconosciuti dalla Convenzione stessa" e l'art. 8 della Convenzione Europea sui Diritti dell'Uomo (HRC, CEDU)

¹⁰ Ratificata dall'Italia con la Legge 27 maggio 1991 n.176

ha introdotto nei Paesi che ne fanno parte (e quindi anche in Italia) il dovere del rispetto della vita familiare.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea si occupa all'art. 24 delle garanzie a tutela dei minori stabilendo che "ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo quando ciò sia contrario al suo interesse". La successiva raccomandazione dell'ONU "*Guidelines for the Alternative Care of Children*" (2009), collegata alle indicazioni per una giustizia *child friendly* (European Commission, 2011), fa riferimento alla necessità di attuare questo diritto anche in situazioni di vulnerabilità familiare, invitando gli Stati a sostenere ogni sforzo volto a preservare i legami tra i bambini e le loro famiglie curando i processi di mantenimento dei legami significativi per il bambino e i processi di riunificazione familiare. Le linee sviluppate dalla Strategia Europa 2020 per quanto riguarda l'innovazione e la sperimentazione sociale come mezzo per rispondere ai bisogni della cittadinanza invitano a implementare azioni in grado di sviluppare una genitorialità positiva (REC 2006/19/UE), diffusa nell'ambiente di vita dei bambini che vivono in situazione di vulnerabilità, così da "rompere il ciclo dello svantaggio sociale" (REC 2013/112/UE), garantendo ai bambini ampie possibilità di partecipazione alla costruzione del loro progetto (REC 2012/2/UE). La legislazione nazionale che ha disciplinato la materia, con particolare riferimento alle Leggi 4 maggio 1983 n. 184 e successive integrazioni, privilegia la funzione di protezione degli interessi del bambino, che si traduce nell'attenzione a ricercare le soluzioni più adeguate per evitare un distacco traumatico dalla famiglia di origine e dall'ambiente nel quale ha vissuto. È demandato allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali il compito di sostenere i nuclei familiari a rischio, al fine di rimuovere quegli ostacoli che possano impedire l'esercizio effettivo di tale diritto. La Legge 149 del 2001 specifica il termine di ogni forma di istituzionalizzazione dei minori in direzione della loro integrazione nella comunità affinché vivano la normale esperienza della famiglia di origine, della scuola e del loro ambiente di vita ponendo come obiettivo prioritario il rispetto del diritto fondamentale dei bambini a mantenere i propri legami familiari e comunitari. La Legge 149/2001 all'Art 1. sancisce:

1. Il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. 2. Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la potestà genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto. 3. [...] 4. [...] 5. Il diritto del minore a vivere, crescere ed essere educato nell'ambito di una famiglia è assicurato senza distinzione di sesso, di etnia, di età, di lingua, di religione e nel rispetto della identità culturale del minore e comunque non in contrasto con i principi fondamentali dell'ordinamento

Si richiama, inoltre, il D.P.R. 22 settembre n. 448/1988 che pone tra i suoi principi la presenza dei servizi minorili dell'amministrazione della Giustizia e della rete locale di servizi sociali nel corso del procedimento giudiziale a fianco del bambino, affinché un efficace coordinamento interistituzionale possa essere di supporto, attraverso l'acquisizione di elementi conoscitivi e l'eventuale proposta di un progetto di impegno costruito con il bambino, alla decisione del giudice. Sono inoltre da tenere presenti: la Legge n. 54 del 2006 in materia di separazione dei genitori e affidamento dei figli, la Legge n.173 del 2015 sulla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affidamento familiare, la Legge n. 76 del 2016 sulle unioni civili e il d.lgs. n. 154 del 2013, con il quale il governo ha dato attuazione alla Legge delega n. 219 del 2012, segnando il superamento del concetto di potestà genitoriale che era stato recepito, in luogo di quello di patria potestà adottato dal codice del 1942, nella legge di riforma del diritto di famiglia del 1975, sostituendolo con quello di responsabilità genitoriale, che riprende l'espressione *parental responsibility* così come appare in numerose fonti internazionali, tra le quali la Dichiarazione ONU sui diritti del fanciullo. Questo insieme di norme, unitamente alle Leggi 285/1997, 328/2000, alla normativa sui Livelli Essenziali di assistenza di cui al DPCM del 12.1.2017 e, all'invito del Consiglio d'Europa a far sì che le politiche pubbliche creino le condizioni per consentire una genitorialità positiva e responsabile, esortano a tenere presente la necessità per ogni bambino di crescere entro un ambiente di cura e supporto, contrastando attivamente l'insorgere di situazioni che portino alla separazione dei bambini dalla famiglia tramite l'accompagnamento della genitorialità vulnerabile e la conseguente articolazione fra l'ambito della tutela dei "minori" e quello del sostegno alla genitorialità. La visione globale delle problematiche familiari insita in questo insieme di riferimenti normativi trova corrispondenza nella recente normativa sull'inclusione, diffusa soprattutto nel contesto scolastico e sanitario. Questa normativa infatti invita a non soffermarsi tanto sulle diverse diagnosi di disabilità, disturbo e svantaggio, per tenere piuttosto lo sguardo su come l'ambiente intero può svolgere funzione disabilitante o "svantaggiante" per il singolo. I riferimenti normativi che disciplinano l'intervento secondo una visione inclusiva e contestuale del funzionamento della persona, piuttosto che del suo disturbo, sono: la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità, della salute, nella versione per bambini e adolescenti (OMS, 2007, ICF-CY); il nuovo Index for Inclusion (2014) e la recente dichiarazione Unesco 2015, Education 2030, Incheon Declaration and Framework for Action. Da tenere presenti inoltre la normativa sulla disabilità (Legge 104/1992 e successive integrazioni; la L. 107/2015 e il DLgs 66/2017 sui Disturbi specifici di apprendimento (DSA),

la Legge 170/2010 e la normativa sui cosiddetti Bisogni Educativi Speciali (BES), che fa riferimento in particolare alla DM 27/12/2012 e alla CM del MIUR 8/2013.

Si segnalano inoltre le recenti *Linee di indirizzo nazionale – L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità* pubblicate dal Ministero del Lavoro e Servizio Sociale in collaborazione con LabRIEF dell'Università di Padova nel dicembre del 2017. Le Linee d'Indirizzo si rivolgono ad amministratori, decisori politici, professionisti del pubblico e del privato sociale, attori delle reti sociali e delle associazioni che intervengono a vario titolo con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Le Linee d'Indirizzo rispondono alle seguenti finalità: delineare una visione condivisa dell'area dell'intervento di accompagnamento della genitorialità vulnerabile, identificando gli obiettivi trasversali e le azioni che permettono di raggiungere tali obiettivi; fornire orientamenti comuni rispetto agli interventi rivolti alle famiglie che vivono in situazione di vulnerabilità su tutto il territorio nazionale; migliorare l'organizzazione e il funzionamento dei percorsi di accompagnamento, definendo la *governance* nazionale e locale, di per sé complessa, che necessita di tenere conto dell'insieme dei soggetti e delle azioni che concorrono alla cura e alla protezione dell'infanzia e di migliorare la conoscenza sull'attività e i mandati dei diversi attori per sviluppare un sistema di *governance* integrato; facilitare i servizi nell'operare in maniera conforme a quanto indicato nella recente normativa europea; fornire agli Enti locali e ai servizi un quadro complessivo delle indicazioni provenienti dalle più recenti ricerche scientifiche italiane e internazionali e dai saperi prodotti attraverso innovative esperienze nazionali; armonizzare pratiche e modelli di intervento, sviluppando specificatamente l'area delle azioni di promozione e prevenzione e ampliando il ventaglio di opportunità per accompagnare i bambini che vivono in contesti familiari vulnerabili e per i quali l'allontanamento non risulta essere l'intervento più appropriato; avviare un rinnovamento delle pratiche interprofessionali e interistituzionali tramite la costruzione di nuovi equilibri e forme concrete di condivisione di responsabilità fra promozione, prevenzione, protezione amministrativa e protezione giudiziaria del bambino. Le Linee d'Indirizzo, assumendo come focus l'area degli interventi di cura del bambino nel suo ambiente familiare, si collocano in una prospettiva di continuità e integrazione con le Linee d'Indirizzo sull'affidamento familiare e con le Linee di Indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni, che si occupano specificatamente dell'area di intervento nelle situazioni di temporaneo collocamento del bambino al di fuori del nucleo familiare.

Per quanto riguarda la pratica della domiciliarità si segnala, a livello nazionale, la Legge 285 del 1997 che prevede l'istituzione del *Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza*

finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente ad esse più confacente ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione dei principi della Convenzione sui diritti del fanciullo resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176, e degli articoli 1 e 5 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

La Legge 285/1997 segna una svolta nel modo di intendere il concetto di domiciliarità che da mera funzione medica e assistenzialistica va connotandosi di funzioni educative e di promozione del minore e del suo contesto di vita (Milani, 2004). All'Art. 4. *(Servizi di sostegno alla relazione genitore-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali)* si specifica che le finalità dai progetti¹¹ potranno essere perseguite anche attraverso

c) le azioni di sostegno al minore ed ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento.

2.3 Il sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna

Il sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna consiste in una rete di soggetti istituzionali che operano con competenze diverse a seconda delle disposizioni di legge. In quanto espressione della propria comunità ai Comuni è affidata la lettura dei bisogni del proprio territorio e la titolarità esclusiva delle funzioni in materia di tutela dei minori (fatte salve le competenze dell'Autorità giudiziaria) mentre alla Regione compete l'attività legislativa, normativa e programmatica, l'attuazione dei collegamenti tra le diverse

¹¹ Art. 3 Le finalità:

a) realizzazione di servizi di preparazione e di sostegno alla relazione genito re-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché di misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali, tenuto conto altresì della condizione dei minori stranieri;

b) innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia;

c) realizzazione di servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, anche nei periodi di sospensione delle attività didattiche;

d) realizzazione di azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, per l'esercizio dei diritti civili fondamentali, per il miglioramento della fruizione dell'ambiente urbano e naturale da parte dei minori, per lo sviluppo del benessere e della qualità della vita dei minori, per la valorizzazione, nel rispetto di ogni diversità, delle caratteristiche di genere, culturali ed etniche;

e) azioni per il sostegno economico ovvero di servizi alle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con *handicap* al fine di migliorare la qualità del gruppo-famiglia ed evitare qualunque forma di emarginazione e di istituzionalizzazione.

politiche di settore, l'adozione di strumenti condivisi di promozione e tutela, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, l'individuazione degli interventi prioritari e le azioni atte a garantire la continuità nei percorsi socio-sanitari. La Legge regionale 30 luglio 2015, n. 13 «Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni» ha disposto che la Regione eserciti inoltre le funzioni in materia sociale ed educativa già spettanti alle Province ed alla Città metropolitana non ricomprese nell'articolo 1, comma 85, della legge n. 56 del 2014 del ruolo rivestito dalle Province. La Regione nel perseguire tali funzioni promuove e valorizza l'apporto dei soggetti del Terzo settore.

Nell'ambito della tutela, dell'accoglienza e del sostegno alla genitorialità le principali norme regionali di riferimento sono la L.R. n. 14/08 “Norme in materia di politiche per le giovani generazioni”, la L.R. n. 2 del 12 maggio 2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e la Deliberazione di Assemblea legislativa n. 117/13 “Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014 [...]”.

La Legge Regionale n. 14/08 si ispira, come specificato nell'Art. 2, al principio di uguaglianza sancito dall'Art. 3 della Costituzione e si propone di promuovere le condizioni di salute fisica, mentale e sociale delle giovani generazioni affinché tutti i bambini, gli adolescenti e i giovani abbiano pari opportunità di crescita e di realizzazione personale. Riconosce altresì ai bambini e agli adolescenti autonomi diritti in tutti gli ambiti di vita, in attuazione della Costituzione e della Convenzione ONU relativa ai diritti del fanciullo (firmata a New York il 20 novembre 1989 e ratificata ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176) e il diritto all'ascolto del minore in tutti gli ambiti e le procedure amministrative che lo riguardano, nello spirito dei principi sanciti dalla Convenzione europea relativa all'esercizio dei diritti dei fanciulli (firmata a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e ratificata ai sensi della legge 20 marzo 2003, n.77).

L'Art. 1 della Legge Regionale n. 14/08 specifica l'oggetto della legge e definisce che

la Regione riconosce i bambini, gli adolescenti e i giovani come soggetti di autonomi diritti e come risorsa fondamentale ed essenziale della comunità regionale. Persegue l'armonia tra le politiche relative alle varie età per assicurare a tutti risposte adeguate ai vari bisogni, in un'ottica di continuità e di coerenza.

Il perseguimento del benessere e del pieno sviluppo dei bambini, degli adolescenti, dei giovani e delle loro famiglie presenti nel territorio regionale viene considerato come “condizione necessaria allo sviluppo sociale, culturale ed economico della società regionale”.

All'Art. 6 della L.R. n. 14/08, tra le diverse funzioni, la Regione:

c) promuove un'azione di raccordo tra le diverse realtà distrettuali, in modo da perseguire omogeneità di opportunità e di qualità nel sistema dei servizi e degli interventi in tutto il territorio regionale, di monitorarne la qualità e di valorizzare le buone prassi esistenti;

f) raccoglie, elabora e diffonde, tramite l'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, i dati sulla condizione delle nuove generazioni al fine di un'efficace programmazione regionale e locale;

k) sostiene progetti e azioni innovative, anche in via sperimentale, volti ad affrontare nuovi ed emergenti bisogni, a migliorare le condizioni di vita delle giovani generazioni e a qualificare la capacità di risposta del sistema dei servizi e degli interventi pubblici e privati.

In materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari la norma di riferimento è la Deliberazione di Giunta regionale n. 1904/2011 così come modificata dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 1106/2014 «Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904» e dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 1153/2016 «Modifiche urgenti alla D.G.R. 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" e successive modifiche». I principi cardine della Direttiva sono: la protezione dell'infanzia, l'accompagnamento delle famiglie in difficoltà, la promozione delle reti di famiglie e una particolare attenzione alle strutture che accompagnano i ragazzi verso l'autonomia e la vita adulta. Tra gli strumenti e le novità introdotte vanno citate il percorso integrato sociale e sanitario, il riconoscimento dei casi complessi e l'aggiornamento delle tipologie di accoglienza e degli standard strutturali. Tratti salienti della Direttiva, accanto al riconoscimento della centralità dei diritti del bambino o ragazzo, sono la considerazione che il sostegno alla famiglia di origine rappresenta il primo ed ineliminabile compito dei servizi del territorio anche nell'ottica di evitare ove possibile l'allontanamento e una particolare attenzione alla formazione delle persone che si prendono cura dei ragazzi.

Nella *Parte I - Disposizioni generali e comuni - Paragrafo 1. Oggetto, obiettivi generali e indicazioni comuni per famiglie affidatarie e strutture per minorenni* della Direttiva n. 1904/2011 e successive modifiche viene definita la funzione del collocamento del bambino o adolescente al di fuori della sua famiglia naturale:

una funzione educativa e non di sola protezione, nel senso che deve essere utilizzato principalmente come uno strumento per l'aiuto e il recupero della famiglia e per una riunificazione dello stesso con la sua famiglia. Si tratta non solo di prevedere un accompagnamento professionale competente, ma anche di attivare tutte le risorse

della comunità sociale, promuovendo una cultura dell'accoglienza nel senso ampio di protezione dell'infanzia e di sostegno alla genitorialità, facendo rete tra servizi istituzionali, del privato sociale e della società civile in senso ampio.

All'allontanamento viene riconosciuto un valore costruttivo solo se pensato come una tappa di un più ampio progetto volto alla ricostruzione del benessere del minore e se possibile del suo nucleo familiare.

La direttiva fornisce inoltre, indicazioni per:

a) prevenire l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare, anzitutto mediante interventi a favore delle famiglie in difficoltà, promuovendo il ruolo e le competenze genitoriali il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie, educative e sostenendo forme di aiuto domiciliare e accoglienza semiresidenziale sia in famiglia, che in comunità; b) realizzare l'ampliamento, la qualificazione e l'integrazione del sistema dei soggetti e degli interventi che vengono attivati quando l'ambiente familiare sia inidoneo ad assicurare un adeguato sviluppo dei figli; c) definire, tramite tale metodologia e a partire dall'analisi dei bisogni e delle opportunità esistenti, il sistema di accoglienza, per fare sì che la risposta attivata sia la più idonea alle esigenze del bambino o del ragazzo e che sia volta a realizzare le condizioni per il suo rientro nel nucleo familiare, nel tempo strettamente necessario; d) definire i requisiti strutturali e organizzativi di ogni tipologia di comunità per garantire la qualità dell'intervento educativo; e) sviluppare iniziative finalizzate alla promozione della cultura dell'accoglienza; f) valorizzare il ruolo del terzo settore e favorire la collaborazione tra istituzioni pubbliche e privato sociale.

Tra le indicazioni della direttiva, al punto a), per prevenire l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare vengono indicate le forme di sostegno domiciliare, ribadendo quindi l'importanza, nell'ottica preventiva, della domiciliarità e la necessità di progettare interventi in questo contesto privilegiato.

Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna con la Delibera di Giunta regionale n. 374/2010 la Regione ha attuato un finanziamento straordinario a favore degli Enti Locali per l'attuazione di un "Programma regionale per la promozione e la tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità" ai sensi della legge regionale n. 14/08 sulle giovani generazioni.

Inserito all'interno della programmazione dei Piani per la salute ed il benessere sociale nell'anno 2010 lo stesso ha dato impulso ai territori nella riprogettazione complessiva dell'area dedicata al sistema dei servizi socio-educativi e sanitari dedicati ai bambini e alle famiglie. Tra i temi al centro delle indicazioni regionali alcune "urgenze" legate alla complessità dell'essere famiglia e alla necessità di ripensare e qualificare il sistema dei servizi e delle opportunità offerte. Con gli obiettivi di valorizzare le esperienze maturate dai diversi territori e accompagnare la realizzazione del programma regionale nel 2010 la Regione ha attivato un

percorso formativo in forma di laboratori rivolto a diversi profili professionali (assistenti sociali, educatori, psicologi, pedagogisti, ecc.). Un laboratorio è stato articolato sul tema “sostenere il lavoro di cura domiciliare” e ha prodotto una documentazione che ne sintetizza i contenuti (*Caratteristiche ed elementi da presidiare per modelli di sostegno educativo domiciliare efficaci: linee comuni di orientamento a livello regionale, 2011*)

2.4 I Comuni nel sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna

Nel sistema dei Servizi Sociali per bambini e ragazzi della Regione Emilia-Romagna i Comuni, come definito all’Art. 4 della L.R. n. 14/08,

svolgono le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione, programmazione ed erogazione diretta o indiretta dei servizi e degli interventi, nonché di valutazione qualitativa e quantitativa dei risultati

in materia di tutela dei minori (fatte salve le competenze dell'Autorità giudiziaria). Essendo quindi i Comuni i gestori dei Servizi e degli interventi specifici per l'infanzia, l'adolescenza ed il sostegno alla genitorialità si ritiene importante, ai fini del presente lavoro di ricerca riportare in dettaglio le funzioni del Comune.

Come riportato nella Direttiva n. 1904/2011 e successive modifiche, in attuazione della legge L.R. 14/08, il Comune:

- è titolare delle funzioni in materia di tutela dei minori, anche in via d’urgenza, ex art. 403 c.c., che svolge direttamente, in forma singola o associata, o tramite delega all’Azienda USL o Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP), garantendo la necessaria collaborazione con le autorità giudiziarie competenti;
- esercita le funzioni di programmazione del sistema locale dei servizi sociali a rete attraverso il Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale (in particolare tramite l’area “responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini e degli adolescenti”) in coerenza con gli atti di pianificazione regionale degli interventi dei servizi sociali e sanitari, nonché con gli indirizzi della conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- approva, nell’ambito del piano di zona, il programma finalizzato alla promozione di diritti e opportunità per l’infanzia e l’adolescenza, articolando gli interventi rivolti ai ragazzi;
- promuove, raccordandosi con la Provincia, la formazione per gli adulti accoglienti, per la qualificazione degli interventi afferenti alla presente direttiva;

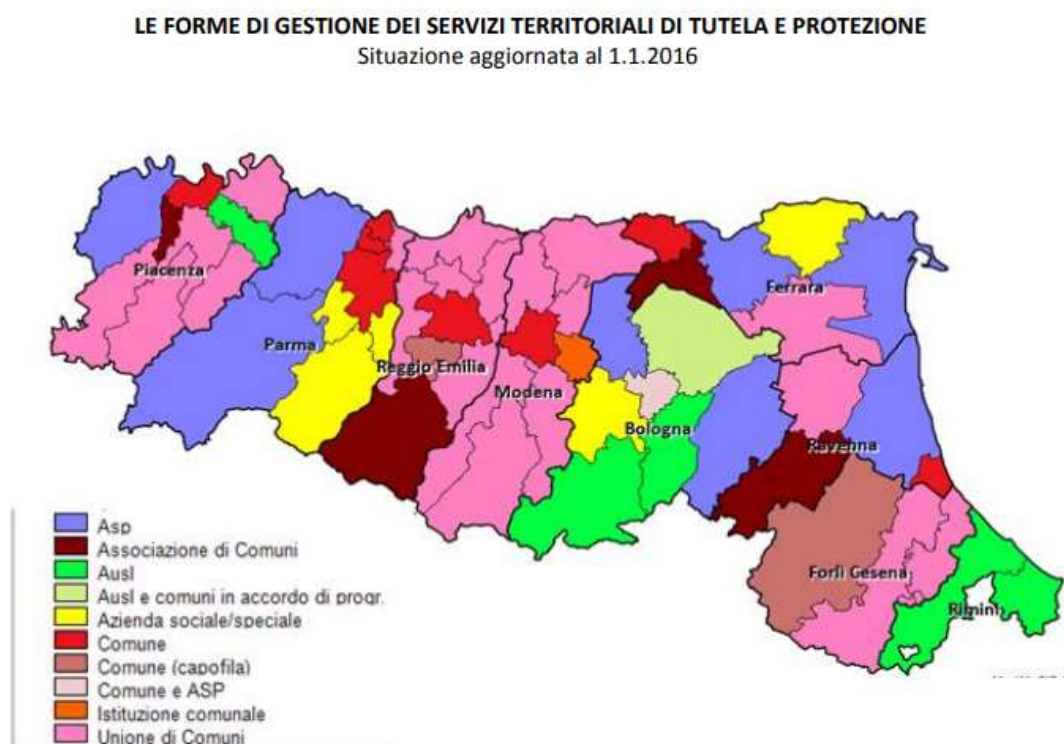
- collabora con la Provincia e gli altri soggetti pubblici e privati, per la realizzazione di iniziative di promozione della cultura dell'accoglienza, con particolare riguardo all'affidamento familiare e al volontariato a favore dei bambini e delle famiglie;
- svolge le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione al funzionamento;
- vigila, tramite i servizi, in attuazione della normativa statale, sull'affidamento familiare e sulle strutture di accoglienza del proprio territorio;
- promuove, nell'ambito dell'accordo di programma del piano distrettuale per la salute e il benessere sociale, la solidarietà interistituzionale, tramite la costituzione di un fondo distrettuale per garantire una gestione unificata di casi particolarmente impegnativi per gli oneri riguardanti l'accoglienza di bambini, ragazzi e neomaggiorenni;
- promuove accordi, almeno a livello distrettuale, con i servizi sanitari per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie (in particolare l'unità organizzativa a cui è affidata la funzione del servizio sociale minori);
- svolge le funzioni di tutela dei minori, che comprendono le segnalazioni di pregiudizio, lo svolgimento di indagini psico-sociali per la Procura presso il Tribunale per i minorenni, l'esecuzione di provvedimenti emessi dal Tribunale per i minorenni o dalla magistratura competente, compiti di monitoraggio e di redazione delle relazioni;
- fornisce alla cittadinanza le informazioni relative agli interventi e ai percorsi per la protezione e la tutela di ragazzi;
- promuove le reti di famiglie mediante un lavoro di comunità, articolato su base comunale o distrettuale, avvalendosi anche dei servizi appositamente istituiti, come i centri per le famiglie, e con il pieno coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di promozione sociale, della scuola e di tutti gli altri soggetti e gruppi formali e informali della società civile;
- concorre alla programmazione e alla realizzazione degli interventi di formazione per gli adulti accoglienti e di quella specifica per la gestione di comunità, nonché del volontariato impegnato a sostegno dei bambini e delle famiglie accoglienti e di quelle in difficoltà, anche in collaborazione col privato sociale;
- è responsabile del percorso strutturato di conoscenza e valutazione della disponibilità per l'affidamento familiare e per la gestione di comunità nelle quali è prevista la figura dell'adulto accogliente;
- costruisce, insieme agli altri soggetti interessati, in particolare con l'Azienda USL competente, il progetto quadro che, anche in attuazione delle previsioni del provvedimento del Tribunale per i minorenni, stabilisce gli obiettivi generali da raggiungere, i tempi della

presa in carico, la definizione dei ruoli, delle responsabilità e delle relazioni dei vari soggetti coinvolti (il ragazzo, la famiglia di origine, gli adulti o le comunità accoglienti...);

- concorre con tutti i soggetti interessati nella definizione del progetto individualizzato curandone la congruenza con il progetto quadro, con particolare riguardo alla fase delle dimissioni dalla comunità e del passaggio alla maggiore età;
- costruisce insieme al giovane adulto il progetto di vita, coinvolgendo gli altri servizi sociali ed eventualmente, sanitari.

Per lo svolgimento dei suoi compiti in materia di accoglienza (affidamento familiare, inserimento in comunità) il servizio utilizza la metodologia del lavoro d'équipe e dell'integrazione delle competenze, ai sensi dell'art. 17 della L.R. 14/08.

Al 1.1.2016 i Servizi Sociali per la tutela e protezione dei minori in Emilia-Romagna erano 63 con diverse forme di gestione (*Figura 16*).



(Figura 16: forme di gestione dei Servizi Sociali territoriali di tutela e protezione aggiornato al 1.1.2016)

Gli enti gestori risultavano essere 58 e le forme di gestione 9; di seguito il numero dei Servizi sociali per ciascuna forma di gestione:

- Unioni di Comuni/Unioni montane 21;
- Comuni singoli 11;

- Asp 9;
- Ausl (distretti) 6;
- Comuni in associazione/convenzione/capofila 5;
- Aziende speciali/consortili 3;
- Ausl e Comuni in accordo di programma 1;
- Comune/Asp (Bologna) 1;
- Istituzione comunale 1.

In relazione alle diverse forme di gestione dei servizi sociali si articolano conseguentemente differenti competenze assegnate ai servizi. Nei casi in cui il servizio sociale sia stato progettato come un servizio dedicato alla tutela “in senso stretto”, gli operatori si occupano solo dei casi in cui sono necessari interventi di prevenzione del rischio evolutivo e di protezione dei minori, per cui sono necessarie una forte specializzazione nell’ambito del diritto minorile e capacità di risposta specifiche in questa direzione. Questi servizi hanno solitamente un mandato specifico su situazioni di grave compromissione della genitorialità, spesso con segnalazione dell’Autorità giudiziaria e/o per i quali è prevista una presa in carico condivisa con i servizi socio-sanitari. In territori così organizzati, il servizio specialistico è delegato ad un soggetto come Asp, Asl o Unione mentre le risposte alle situazioni di disagio prevalentemente economico-abitativo sono mantenute in capo ai Comuni. In altri casi il servizio sociale si configura invece “in senso ampio” e oltre alle funzioni sopra citate della tutela “in senso stretto”, gli sono attribuite anche quelle della presa in carico del disagio economico e abitativo. Tale modalità di lavoro può prevedere, tra gli altri, interventi quali risposte di tipo economico come gli assegni di integrazione al reddito, vincolati o meno, fornitura di latte per i neonati, etc. Le modalità organizzative della tutela “in senso stretto” caratterizzano il 20% circa dei servizi regionali con una distribuzione abbastanza omogenea tra gli ambiti provinciali, ad eccezione dell’ambito riminese, in cui entrambi i servizi presenti (Rimini e Riccione) sono di tutela “in senso stretto” e di quello piacentino, in cui all’opposto, nessuna forma di gestione ha operato la scelta della specializzazione.

2.5 Bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali territoriali in Emilia-Romagna

Nel presente paragrafo viene presentata l'analisi dei dati raccolti dall'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna attraverso il Sistema informativo socio-assistenziale minori – SISAM pubblicata nell'anno 2016 dalla Regione Emilia-Romagna.

Alla data del 31.12.2014 i bambini e i ragazzi in carico ai servizi sociali territoriali dedicati ad assistenza, protezione e tutela dei minori in difficoltà in Emilia-Romagna sono 55.141, pari a 7,7 ogni 100 minorenni residenti. L'utenza è composta da famiglie con figli minorenni o minori stranieri non accompagnati che vengono assistiti attraverso una molteplicità di interventi a partire da un'ottica preventiva e di promozione del benessere¹². La rilevazione include infine anche i bambini accolti in una famiglia adottiva per il tempo necessario all'accompagnamento post-adottivo.

Rispetto al 2013 si registra un lieve aumento dell'utenza in carico (+0,7%), a fronte di un aumento della popolazione minorile residente di +0,2%. L'ambito provinciale di Piacenza risulta essere quello con il più alto tasso di presa in carico, con oltre 14 assistiti ogni 100 minorenni residenti, mentre all'estremo opposto in quelli di Rimini e Forlì-Cesena sono rispettivamente 4,4 e 4,8 i bambini e ragazzi assistiti ogni 100 residenti minorenni. Anche l'ambito provinciale di Parma presenta un tasso significativamente più alto della media, pari al 10,3%. Tutti gli altri ambiti hanno valori oscillanti tra il 7,2% di Modena e Bologna ed il 9% di Ravenna. Tali differenze sono riconducibili in gran parte alle scelte operate in relazione alle forme di gestione dei servizi sociali, nonché alla differente conseguente articolazione delle competenze assegnate ai servizi.

I bambini e ragazzi con presa in carico iniziata nel 2014 sono stati 10.412, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2013. I nuovi utenti rappresentano il 16% circa del totale dei minori in carico. Gli utenti con cittadinanza straniera sono poco oltre 27.000, quasi la metà del totale, il dato in termini assoluti è stabile rispetto all'anno precedente, con un'inversione di tendenza rispetto

¹² Questi strumenti si possono suddividere per grandi linee in tre ambiti:

- Benefici di natura economica ed attivazione di altre risorse specifiche in risposta a problemi finanziari, lavorativi e abitativi;
- Forme di sostegno al disagio genitoriale in momenti di difficoltà nella cura e nella protezione dei figli (assistenza educativa e scolastica domiciliare, affiancamento familiare, affidamento part time, inserimento in centri diurni o di aggregazione);
- Interventi a tutela del minore in caso di pregiudizio, grave disagio, maltrattamenti, violenze sessuali e/o abbandono su richiesta dall'Autorità giudiziaria. Per queste situazioni più gravi la "messa in protezione" prevede l'allontanamento dal nucleo familiare o da uno dei genitori, attraverso il ricorso all'affidamento familiare oppure all'accoglienza in comunità residenziale ed eventualmente anche lo svolgimento di incontri "protetti" con i genitori.

agli ultimi sei anni. Infatti, dal 2008, l'incidenza percentuale degli stranieri sul totale è aumentata di quasi 7 punti e mezzo, mentre solo nell'ultimo anno si è verificato un calo di 0,3 punti percentuali. Per quanto riguarda l'affidamento al Servizio sociale, si registrano oltre 6.500 bambini e ragazzi, pari al 9,1% dell'utenza in carico. È un tasso caratterizzato da una moderata oscillazione tra gli ambiti provinciali, varia infatti da un minimo di 8,4 casi ogni mille minorenni residenti di Parma ad un massimo di 10,8 a Piacenza. A confronto con l'anno precedente si registra un aumento del 10%, pari a oltre 600 unità. I bambini e i ragazzi che in Emilia-Romagna al 31.12.2014 sono invece interessati da un provvedimento di tutela sono complessivamente 1.337, pari a quasi 2 ogni 1.000 minorenni residenti. A differenza dell'affidamento al servizio sociale, si registra in questo caso una lieve flessione rispetto all'anno precedente (-100 casi). Un importante indicatore nell'ambito delle funzioni di tutela dei minori in presenza di difficoltà genitoriali è infine il numero dei minorenni che sono stati oggetto di un collocamento in luogo protetto a seguito dell'emanazione di decreto di allontanamento dalla famiglia (o da uno dei genitori) da parte del Tribunale per i Minorenni: a fine 2014 sono 1.163. Essi si concentrano – in termini assoluti - nei territori di Modena (259), Reggio Emilia (185) e Bologna (139). Se a livello regionale si contano 1,6 soggetti ogni mille minorenni residenti coinvolti da questo provvedimento, l'ambito provinciale con il tasso più alto è Ferrara (2,3), quello con meno casi è Bologna (0,9).

Dall'analisi delle informazioni rilevate attraverso il flusso informativo Sisam-ER2 (79% dei casi complessivi) emergono le seguenti caratteristiche dei bambini e ragazzi in carico: - la distribuzione per sesso rivela, nel complesso, una prevalenza dei maschi sulle femmine, con queste ultime che rappresentano solo il 46% del totale. Tale prevalenza è presente in tutte le classi di età, ma è più marcata negli anni prossimi alla maggiore età, arrivando al 59% nella fascia 18-19 anni; tra le classi di età, quella più numerosa, pari al 30%, è quella dei bambini tra 6 e 10 anni, seguita da quella dei ragazzi tra gli 11 ed i 14 anni (23%). Quasi un bambino su 10 tra quelli conosciuti dai Servizi sociali ha meno di 3 anni, mentre le classi 3-5 e 15-17 anni costituiscono rispettivamente quote del 16 e 18%.

Per quanto riguarda la problematica dell'utente e la situazione familiare, la problematica utente più frequentemente registrata in cartella è quella che riguarda assistiti per problemi attribuibili al nucleo di origine (pari al 78,5%): in questa categoria le cause vanno dalla deprivazione economico-abitativa, all'incapacità genitoriale, conflittualità domestica, oppure vi possono essere problemi psichiatrici, situazioni di dipendenza patologica, problemi con la Giustizia, etc. Il 7,4% dei soggetti in carico invece presenta un più specifico disagio relazionale o scolastico,

mentre per un 5% si tratta di casi la cui disabilità ha portato il nucleo a richiedere assistenza al servizio sociale. La quota di casi in carico per violenze e maltrattamenti è aumentata negli ultimi anni, assestandosi nel 2014 al 3,3% dei casi complessivi. Queste problematiche appaiono più rilevanti per i ragazzi a partire dagli 11 anni, ai quali - dai 14 anni in poi - si affiancano quote non trascurabili di assistiti a seguito di procedimenti penali e, in misura crescente negli ultimi anni, di minori stranieri non accompagnati. Tra le problematiche familiari si riscontra una netta prevalenza di situazioni di deprivazione economica, che costituiscono il 52% del totale: 44,5% per situazioni legate al reddito e 7,5% per necessità legate all'inadeguatezza dell'abitazione. Seguono i nuclei con problemi relazionali-educativi (16%) e quelli in cui è alta la conflittualità (13%). I nuclei che agiscono violenze (abusanti o maltrattanti) sono quasi il 3% come quelli definiti "abbandonici" (tipicamente alla nascita, oppure si tratta delle famiglie d'origine dei MSNA).

Nel 2014 la motivazione prevalente di segnalazione del caso al servizio sociale è stata quella di disagio economico, con il 37% dei casi. Problematiche familiari, legate spesso alle conflittualità tra i genitori o all'incapacità nell'accudimento dei figli hanno riguardato il 25% dei casi. A seguire, con quote vicine all'8%, sono emerse motivazioni legate al rischio di devianza o emarginazione (comportamenti asociali, uso di droghe, ecc.), a violenze e maltrattamenti (7,5%), a difficoltà relazionali (6%), ecc. A segnalare, o portare direttamente la propria situazione all'attenzione dei servizi sociali, sono i genitori stessi nel 40% dei casi circa; la "Giustizia", intesa come il sistema di protezione in capo al Tribunale per i Minorenni ed al Tribunale Ordinario è invece il secondo con il 22%. Seguono le Forze dell'Ordine che segnalano 9 casi su 100, i servizi sociali e sanitari che segnalano rispettivamente il 5,8 e il 5,5% dei casi.

I bambini e i ragazzi in carico ai servizi al 31.12.2014 per il motivo di violenza sessuale, psicologica, assistita o per trascuratezza grave sono state 1.760, circa 2,5 ogni 1.000 residenti minorenni. Il trend crescente verificato fino all'anno 2013 ha subito un arresto: i nuovi minorenni presi in carico nell'anno per questo tipo di problematica raggiungono una numerosità pari a 402 unità, il 10% in meno dell'anno precedente. Il dato di prevalenza si distribuisce in modo disomogeneo nelle diverse realtà territoriali, a seconda del livello di precisione nella registrazione delle informazioni in cartella e nel differente approccio all'individuazione dei casi come "vittima di violenza" da parte degli operatori dei diversi servizi: è così che a Rimini si registrano 1,5 casi ogni 1.000 minorenni residenti, mentre nella limitrofa provincia di Forlì-Cesena l'indicatore è più che doppio. L'analisi relativa al genere, all'età, alla cittadinanza e alla

situazione familiare è disponibile per il 94% dei casi complessivi, ed è quindi svolta su di un totale di 1.663 casi: le femmine sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi (53,6%), con una quota che cresce all'aumentare dell'età, fino a costituire il 71% delle vittime nella fascia 18-19 anni (tab. 7.5). I bambini di età compresa tra 6 e 10 anni sono il 29%, poco meno (26%) quelli tra gli 11 e i 14 anni. I bambini e ragazzi di cittadinanza non italiana sono il 41%, e sono presenti maggiormente nelle classi d'età più piccole, attribuibili principalmente a situazioni di trascuratezza e conflittualità familiare.

La tipologia di violenza più diffusa è quella assistita, che riguarda oltre 4 casi su 10, il maltrattamento fisico (un caso su 4) e la violenza sessuale (un caso ogni 5) sono anch'essi molto diffusi. Le altre modalità della violenza significative sono il maltrattamento psicologico e la trascuratezza grave con circa il 10% ciascuna. Ogni minore può essere interessato da più tipi di violenza subita. In 9 casi su 10 la violenza è intrafamiliare, ad opera di conviventi. Più raramente avviene al di fuori della famiglia (10%) oppure si consuma in un contesto familiare ma non domestico (7,5%). La segnalazione della situazione di violenza avviene nel 19% dei casi da parte dei genitori del minore stesso: si tratta spesso della madre che denuncia violenze intrafamiliari. Le Forze dell'Ordine intervengono nel 18% dei casi, mentre il servizio sociale stesso nel 15%. In questo caso può trattarsi degli stessi operatori che hanno in carico il nucleo familiare per motivi più blandi, ad intercettare la gravità della situazione ed evidenziare la nuova problematica in cartella, oppure trattarsi del servizio sociale di un Comune limitrofo, o di uno sportello comunale che comunica la situazione di difficoltà al servizio dedicato agli interventi di tutela. Altri attori importanti sono la Giustizia minorile ed ordinaria e la scuola (14% entrambi), e i servizi sanitari nell'11% dei casi.

PARTE SECONDA

La ricerca empirica

CAPITOLO TERZO

Scopi e impostazioni dell'indagine empirica

3.1 Individuazione del problema

Verso la metà degli anni '80 del secolo scorso prendono forma in alcune città italiane interventi di sostegno educativo ai minori presso il loro domicilio (Maurizio, 1991). Mediante il dispositivo dell'*educativa domiciliare* si cerca di dare risposta alle esigenze di famiglie che vivono situazioni di vulnerabilità e nelle quali sono messe alla prova le capacità genitoriali di mantenere un processo ben-trattante per i figli (Portois, Desmet, 2004; Barudy, Marquebreucq, 2005) che può sfociare, a volte, in una “carezza significativa o un’assenza nelle risposte date ai bisogni di un bambino” (Lacharité et al. 2006, p.383). È però a partire dal 1997, con la L.285, che iniziano a diffondersi sperimentalmente esperienze di sostegno educativo domiciliare rivolte a bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità. Tali interventi sociali, promossi e finanziati dalla Legge, danno avvio al superamento della tradizionale concezione di assistenza residenziale istituzionale, sostenendo una cultura di de-istituzionalizzazione e prevenzione dell’allontanamento anche nell’ottica della domiciliarità e territorialità degli interventi (Janssen, 2002).

Sulla spinta della L.285/1997 l’attuale fase storica, segnata dal punto di vista legislativo dall’emanazione e dalla attuazione della L.149 del 2001 che all’art. 1 recita: “Ogni minore ha diritto a crescere nella propria famiglia”, si caratterizza dal termine di ogni forma di istituzionalizzazione dei minori in direzione della loro integrazione nella comunità affinché vivano la normale esperienza della famiglia di origine, della scuola e del loro ambiente di vita ponendo come obiettivo prioritario il rispetto del diritto fondamentale dei bambini a mantenere i propri legami familiari e comunitari. La stessa Costituzione, nell’art. 30, dopo aver sancito che è dovere e diritto dei genitori mantenere educare e istruire i figli, stabilisce che nel caso di loro incapacità “la legge provvede a che siano assolti i loro compiti” disciplinando la misura dell’allontanamento del minore dalla famiglia maltrattante. Non è solo la legge nazionale a prevedere la possibilità di un allontanamento: questa ipotesi, infatti, è prevista nella stessa Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989¹³, il cui art. 9 impone agli Stati parte di vigilare perché un fanciullo non sia separato dai genitori contro la

¹³ Ratificata dall'Italia con la Legge 27 maggio 1991 n.176

loro volontà “a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserve di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di protezione applicabili, che questa separazione è necessaria nell’interesse preminente del fanciullo”. La sfida è dunque quella di “bilanciare due principi apparentemente contrapposti: quello della protezione del minore dai maltrattamenti familiari e quello della non ingerenza dello Stato nella vita familiare” (Fadiga, 2013) prevenendo quindi un ricorso alla misura dell’*allontanamento* in maniera misurata e ben pensata.

Nella consapevolezza che l’allontanamento dalla famiglia d’origine è sempre un evento traumatico e che deve di conseguenza essere considerato l’*extrema ratio* la L.R. 14/08, all’art. 23 (Prevenzione in ambito sociale) prevede che la Regione riconosca la necessità di comprendere nel percorso di prevenzione del disagio dei bambini e degli adolescenti un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive ed educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero. Tale accompagnamento è finalizzato a garantire a tutto il nucleo un clima familiare e sociale soddisfacente e rispettoso dei bisogni evolutivi dei suoi membri più giovani, “anche, se necessario, mediante interventi terapeutici o sociali adeguati”. Si tratta, non solo di prevedere un accompagnamento professionale competente, ma anche di attivare tutte le risorse della comunità sociale.

Tra i molteplici interventi che vengono proposti in alternativa al collocamento dei minori in ambiente etero familiare gli *interventi educativi domiciliari*, contemplati anche dalla Direttiva regionale n. 1904/2011 e tra le strategie di prevenzione maggiormente concrete ed efficaci per affrontare la complessità del maltrattamento sui minori nella Guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (2006), sono un dispositivo frequentemente richiesto dal Tribunale per i Minorenni e dai Servizi Sociali territoriali. Gli interventi educativi domiciliari perseguono la finalità generale di mantenere il minore nella famiglia d’origine, anche in presenza di situazioni di disagio familiare, a partire dalla connotazione dell’intervento come risorsa per il sistema familiare nel suo complesso e, in particolare, come risposta ai bisogni dei minori presenti nella famiglia (Janssen, 2003).

A quasi vent’anni dall’emanazione della L.285/1997, dalla svolta nel modo di intendere il concetto di domiciliarità¹⁴, in considerazione del *ritorno alla domiciliarità* così come sancito dalla Costituzione e dall’OMS (2006) e dalla necessità, indicata dal già Garante dell’Infanzia e

¹⁴ che da mera funzione medica e assistenzialistica è andato connotandosi di funzioni educative e di promozione del minore e del suo contesto di vita (Milani, 2004)

dell'adolescenza della Regione Emilia-Romagna e dalla Direttiva regionale n. 1904/2011, di prevenire l'allontanamento dei minori dalle loro famiglie, la questione degli *interventi educativi domiciliari* necessita di essere approfondita mediante una prospettiva di ricerca pedagogica volta a orientare la pratica (Lucisano & Salerni, 2002).

La letteratura sul tema è scarsa, poco rigorosa e dai risultati talora contraddittori; fornisce perlopiù descrizioni di esperienze circoscritte a realtà territoriali piuttosto limitate senza fornire un quadro di ampio raggio. Progettare la cura domiciliare a partire da rilevazioni epidemiologiche possibilmente di ampio raggio permetterebbe a tutti gli attori coinvolti di pensarsi collocati all'interno di "una politica per l'infanzia condivisa e ispirata da scelte politiche precise e basata su un preciso disegno scientifico" (Biancardi, 2013).

Nel panorama italiano degli I.E.D. una delle problematiche rilevate è relativa alla mancanza di un lessico comune e condiviso che fa presupporre una mancanza di categorie interpretative univoche. Esistono infatti una molteplicità di denominazioni attribuite agli interventi: le denominazioni risultano essere variegata e cambiano da territorio a territorio e, a volte, da esperienza a esperienza (esempi di denominazioni: *educativa domiciliare*, *educativa individuale*, *educativa territoriale*, *supporto educativo domiciliare*, *assistenza domiciliare psico-educativa*, *assistenza domiciliare educativa*, *assistenza domiciliare a minori*, *assistenza educativa domiciliare a famiglie con minori*, etc). Le diverse denominazioni sottolineano la ricerca di termini volti a definire con maggiore specificità l'intervento e le modalità di realizzazione dello stesso, ponendo l'accento ora sulle azioni da svolgere con il minore, ora sulle azioni da svolgere con i genitori, ora sul territorio, ora sul domicilio. Anche nella Regione Emilia-Romagna, area di interesse della presente ricerca, si registra la presenza di un'eterogeneità di termini per indicare il dispositivo degli interventi educativi domiciliari. Nella raccolta dei dati e delle informazioni svolta annualmente dall'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna attraverso il Sistema informativo socio-assistenziale minori – SISAM viene utilizzato dagli Operatori che si occupano dell'inserimento dei dati il glossario che riporta, tra gli *interventi educativi*, *scuola e tempo libero* le seguenti voci: *Intervento educativo individuale* e *Intervento educativo individuale domiciliare*¹⁵. Un'altra criticità circa la denominazione degli interventi educativi domiciliari nel contesto della Regione Emilia-Romagna è individuata nella documentazione (Caratteristiche ed elementi da

¹⁵ La definizione del primo risulta essere: "Intervento di sostegno individuale destinato a soggetti in difficoltà o a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogato in luoghi diversi dal domicilio del bambino/ragazzo", mentre per il secondo: "Intervento di sostegno individuale destinato a soggetti in difficoltà o a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogato a domicilio".

presidiare per modelli di sostegno educativo domiciliare efficaci: linee comuni di orientamento a livello regionale, 2011) che sintetizza i contenuti del percorso formativo rivolto a diversi profili professionali (assistenti sociali, educatori, psicologi, pedagogisti, ecc.) sul tema del sostegno nel lavoro di cura domiciliare con gli obiettivi di valorizzare le esperienze maturate dai diversi territori e accompagnare la realizzazione del “Programma regionale per la promozione e la tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità” (legge regionale n. 14/08 sulle giovani generazioni). In tale documentazione per definire gli interventi educativi domiciliari viene utilizzato l’acronimo SED (*Sostegno Educativo Domiciliare*).

In aggiunta alla mancanza di un lessico comune e condiviso e in un panorama dei Servizi nel quale ai gruppi di lavoro sono richiesti sempre più elevati gradi di produttività e di adeguato funzionamento la prospettiva del lavoro integrato nei Servizi Sociali territoriali diventa centrale ma non sempre praticata. Appurato che per perseguire condizioni di efficacia lavorativa non è sufficiente mettere assieme professionisti diversi ci si interroga sulla composizione e sulla legittimazione di équipe istituite e avviate riconoscendo nel coordinamento uno “snodo nevralgico” (Regolisiosi, Scaratti, 2002) nella funzione di regolazione e integrazione delle diverse risorse esistenti. Ad aspetti cruciali tipici del coordinamento e derivanti dal suo rappresentare una funzione organizzativa si aggiungono, nei servizi socioeducativi, variabili peculiari che lo caratterizzano in termini di specificità e particolarità. Le condizioni di mutevolezza e turbolenza dei contesti relazionali, l’elevata incertezza sui risultati lavorativi, il costante lavoro di comprensione e attribuzione di significato agli eventi incontrati e la pluralità di aspettative espresse dai diversi soggetti sono alcune delle condizioni che gli operatori incontrano quotidianamente e che li sollecitano dal punto di vista affettivo-emotivo e che il coordinatore si trova a trattare e gestire in un processo di continua ridefinizione del problema. Il coordinamento nell’ambito dei servizi socioeducativi può essere ricondotto a un processo di continua ridefinizione del problema, di ricerca di soluzioni per approssimazioni successive: coordinare significa quindi creare le condizioni per rendere comunicabili, intelligibili e coerenti informazioni complesse e nuove, aprendo possibili interazioni strategiche tra i vari nodi della rete relazionale. L’esposizione alla fatica e ai costi emotivo-affettivi che il lavoro educativo comporta per l’operatore richiede che venga garantita nei suoi confronti una costante e mirata funzione di contenimento (Mastropasqua, Scaratti, 1998) che vengano cioè ripresi, elaborati e ricomposti dal coordinatore gli elementi di frammentazione, di parzialità, di delusione e fallimento spesso ricorrenti nell’esperienza lavorativa.

L'aumento della domanda di educazione in ambito sociale presenta caratteristiche nuove rispetto al passato: le richieste si collocano infatti al di fuori dei tradizionali ambiti educativi e sollecitano la trasformazione e il radicale ripensamento dei servizi e la progettazione di nuove iniziative. Nuovi sono anche i compiti educativi dell'operatore impegnato in contesti dominati sempre più da saperi non esclusivamente pedagogici. La letteratura, in questo campo, è ancora carente: scarseggiano infatti testi che sappiano coniugare le conoscenze e gli strumenti derivanti dalla riflessione psicologica e sociologica con i nuovi compiti educativi dell'operatore impegnato in nuovi setting, con ruoli, funzioni e metodologie differenti (Regoliosi, Scaratti, 2002).

La formazione degli operatori che si occupano degli I.E.D. diventa quindi, assieme alle questioni relative al gruppo di lavoro e alla figura del coordinatore, un tema centrale sul quale necessariamente indagare. Nel panorama regionale uno spaccato sulle professionalità e sulla formazione degli operatori dei Servizi Sociali territoriali risale al 2007 in un'indagine sintetizzata nel documento della Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio per l'Infanzia e l'adolescenza, "Lavorare per bambini e ragazzi nei servizi sociali territoriali". Dall'indagine emergeva che solo il 9,6% degli Educatori era in possesso, nel Gennaio 2007, di una "laurea specifica" mentre il 16,7 % rientrava nella categoria "Educatore senza titolo specifico/assistente ai servizi socio-educativi" e il 10,4% nella categoria "Educatore con diploma specifico/attestato corso regionale". La qualifica professionale maggiormente presente nei servizi sociali territoriali rivolti a bambini e adolescenti risultava essere quella dell'Assistente Sociale (39,2%) mentre gli psicologi si collocano al quinto posto con una presenza del 9% e i pedagogisti all'ottavo posto con una percentuale dello 0,7%. Rispetto alle esperienze extra-scolastiche e partecipazione ad iniziative formative e seminariali il 45% degli intervistati non aveva partecipato ad alcun corso di formazione della durata superiore a 30 ore negli ultimi due anni. La percentuale di coloro che non ha partecipato ad alcuna iniziativa (seminari di formazione/aggiornamento organizzati da enti diversi dal datore di lavoro) è del 31% per i lavoratori impiegati nelle cooperative contro una media del 24,2% degli altri intervistati.

3.2 Obiettivi e domande di ricerca

L'interrogativo di partenza che ha guidato l'indagine è come, nella Regione Emilia-Romagna, il dispositivo degli interventi educativi domiciliari venga interpretato e attivato dai

diversi soggetti istituzionali (Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali territoriali), con un approfondimento relativo al contesto dei Servizi Sociali territoriali.

Gli interrogativi che hanno guidato la ricerca sono dunque i seguenti:

1. Come il dispositivo degli *interventi educativi domiciliari* viene interpretato dai diversi soggetti istituzionali (Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali territoriali) nella Regione Emilia-Romagna?
2. Come il dispositivo degli *interventi educativi domiciliari* viene attivato nei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna e quali caratteristiche presenta nei diversi Servizi?

L'obiettivo generale che ci si propone è quello di fornire informazioni utili a orientare le politiche e le realizzazioni a livello regionale e nazionale.

3.3 Formulazione del disegno di ricerca

Coerentemente con gli obiettivi e gli interrogativi precedentemente delineati, si è optato per un approccio di tipo esplorativo (Stebbins, 2001). Lo studio esplorativo non viene qui inteso come studio preparatorio finalizzato a definire le variabili di una ricerca vera e propria che viene realizzata successivamente (ad esempio in Lumbelli, 1984), quanto piuttosto come l'indagine, guidata da ipotesi, di un campo ancora troppo immaturo per impostare uno studio di tipo confermativo (Stebbins, 2001). Secondo le Common Guidelines for Education Research and Development (Institute of Education Sciences 2013) la early stage o exploratory research può andare in tre direzioni:

- 1) investigare le associazioni tra i risultati in termini educativi e altri fattori;
- 2) esplorare i fattori e condizioni che mediano il rapporto tra gli *outcome* educativi e altri fattori;
- 3) esplorare l'opportunità per nuovi interventi o strategie, e sfide per la loro adozione, con lo scopo di informare le politiche, le pratiche, la futura progettazione o sviluppo.

Nel nostro caso la scelta è ricaduta su un'indagine esplorativa per via dell'impossibilità, vista la relativa novità del tema e l'eterogeneità delle esperienze, di impostare uno studio di tipo diverso, per esempio di tipo correlazionale.

Coerentemente con i presupposti teorici e con gli obiettivi della nostra analisi, il disegno di ricerca si è articolato in più fasi:

1. revisione internazionale e nazionale della letteratura sul tema oggetto della trattazione con particolare focus sul territorio della Regione Emilia-Romagna;
2. strutturazione e somministrazione del questionario rivolto ai Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori della Regione Emilia-Romagna. La realizzazione del questionario ha comportato ulteriori sotto-fasi di ricerca (Guidicini, 1995):

1. Precisazione dello scopo generale della rilevazione da esplicitare direttamente o evocandolo nel titolo del questionario;
2. Definizione delle aree tematiche, gli ambiti e i costrutti da indagare;
3. Definizione delle variabili da misurare e, per ciascuna, specificazione degli indicatori intesi come gli aspetti osservabili che ne consentono la misura con particolare attenzione nel garantire il rispetto delle norme sulla privacy;
4. Fraseggio (wording) delle domande in forma scritta¹⁶, tenendo conto strettamente gli obiettivi e le variabili da misurare¹⁷;
5. Studio della popolazione destinataria del questionario per finalizzarne il formato;
6. Definizione dell'ordine di presentazione delle domande secondo un ordine logico e predisposizione della pagina introduttiva (frontespizio)¹⁸;
7. Somministrazione pilota su piccolo gruppo;

¹⁶ Le domande possono essere aperte o chiuse. Le domande aperte sono i quesiti che lasciano libero l'intervistato di rispondere come vuole. Le domande aperte pongono alcuni problemi legati sia alla competenza espressiva di colui che risponde sia all'interpretazione e alla successiva codifica delle risposte che, oltre a richiedere molto tempo, potrebbero essere svolte in maniera distorta. Le domande a risposta chiusa sono quelle alle quali si deve rispondere scegliendo tra alternative obbligate. Diverse sono le tipologie di domande a risposta chiusa: dicotomiche (con due alternative); a scelta multipla (comprendono tutte le possibili tipologie di risposta espresse con brevi enunciati); ad imbuto (progressivamente sempre più analitiche e articolate); con graduatorie di risposte (in cui si invita a ordinare le alternative a seconda della preferenza); con scale di giudizio (chiedono di definire quanto si è d'accordo con un'opinione o un'asserzione oppure quanto frequentemente o con che intensità si manifesta un comportamento). I livelli di concordanza con le risposte possono essere designati, oltre che con avverbi, anche con numeri. Le domande chiuse hanno i vantaggi di rapidità nella somministrazione, possibilità di correzioni più veloci e un'interpretazione univoca. L'unico grande svantaggio è la limitazione della spontaneità nell'intervistato (Freyssinet-Dominjon, 1997, pp. 61-79)

¹⁷ Nel fraseggiare una domanda e le sue alternative di risposta si sono perseguiti contemporaneamente i seguenti scopi: a) la domanda è funzionale agli scopi della ricerca; b) ha un identico significato per tutti i soggetti intervistati; c) il significato che i soggetti le attribuiscono è uguale a quello ad essa attribuito dal ricercatore (Zammuner V.L., 1998)

¹⁸ Nel frontespizio vengono date indicazioni sullo scopo dell'indagine, sulle modalità di compilazione da seguire, le garanzie del rispetto della privacy, l'identità di chi conduce la ricerca e un ringraziamento anticipato per le risposte (Coggi, C., Ricchiardi, P.2005).

8. Revisione del questionario dopo la somministrazione pilota¹⁹;
 9. Definizione della modalità di somministrazione del questionario;
 10. Somministrazione del questionario;
 11. Analisi dei risultati.
3. Realizzazione di alcune interviste a giudici del Tribunale per i Minorenni di Bologna.

3.4 Il questionario

Il questionario è stato elaborato seguendo le principali indicazioni della ricerca in educazione (Freyssinet-Dominjon, 1997; Zammuner, 1998; Chito G., 2000; Lucisano & Salerni, 2002; Coggi, C., Ricchiardi, P.2005;).

Al fine di presentare in modo esaustivo l'analisi della strutturazione e della somministrazione del questionario verranno riprese le sotto-fasi (Guidicini, 1995) riportate nel precedente paragrafo.

Precisazione dello scopo generale della rilevazione da esplicitare direttamente o evocandolo nel titolo del questionario

Lo scopo generale della rilevazione è stato evocato nel titolo del questionario. Il titolo individuato: "Gli interventi educativi domiciliari nei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna" specifica l'oggetto della ricerca (gli interventi educativi domiciliari) e il campione di riferimento (i Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna).

Definizione delle aree tematiche, gli ambiti e i costrutti da indagare e Definizione delle variabili da misurare

Le aree tematiche da indagare e le rispettive variabili²⁰ sono state individuate nelle seguenti:

- Area socio-anagrafica

Variabili: sesso, età, titolo di studio del Responsabile del Servizio Sociale territoriale e provincia di ubicazione del Servizio Sociale territoriale;

¹⁹La revisione è stata condotta secondo i seguenti criteri:

- il questionario non deve impegnare le persone per più di mezz'ora;
- per ogni area indagata devono rimanere almeno 4 o 5 domande, al fine di raccogliere dati sufficientemente stabili su tutti gli ambiti importanti;
- le domande devono essere chiare, semplici, formulate esplicitamente, senza ambiguità e curando di non orientare in nessun modo le risposte.

²⁰ Una variabile è un concetto operativizzato, o meglio la proprietà operativizzata di un oggetto, in quanto il concetto, per poter essere operativizzato, ha dovuto essere applicato ad un oggetto diventandone proprietà. (Corbetta, 1999)

- Area terminologica e generale degli interventi educativi domiciliari
Variabili: denominazione comunemente utilizzata dal Servizio Sociale territoriale, soggetti che propongono l'attivazione degli interventi educativi domiciliari e numero di interventi educativi domiciliari attivati dal Servizio Sociale territoriale nel periodo Gennaio-Maggio 2018;
- Area équipe professionale degli interventi educativi domiciliari e formazione specifica degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari
Variabili: composizione professionale dell'équipe che si occupa degli interventi educativi domiciliari, età, anni di esperienza nell'ambito specifico, Ente di appartenenza, formazione e formazione specifica nell'ambito specifico con specificazione della tipologia di formazione (da chi è stata promossa, durata e contenuti) degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari;
- Area coordinamento degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari
Variabili: presenza del coordinamento, formazione, età, anni di esperienza nella specifica mansione, Ente di appartenenza, formazione specifica nell'ambito del coordinatore;
- Area organizzazione del lavoro di équipe
Variabili: frequenza di incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di interventi educativi domiciliari, impostazione degli incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di interventi educativi domiciliari, presenza ed eventuali tipologie di forme di supervisione rivolte agli educatori che si occupano di interventi educativi domiciliari;
- Area della progettazione, realizzazione e valutazione dell'intervento educativo domiciliare
Variabili: presenza di protocollo strutturato per la progettazione e gestione degli interventi educativi domiciliari, *soggetti coinvolti, azioni e strumenti* nelle fasi di *avvio, svolgimento e conclusione* degli interventi educativi domiciliari, caratteristiche degli *strumenti*;
- Area di analisi degli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nelle fasce: 0-6 anni, 7- 12 anni, 13-18 anni e relazione finale
Variabili: *destinatari* dell'intervento educativo domiciliare, *composizione del nucleo familiare* in cui il minore risiede abitualmente e *obiettivi* perseguiti dall'intervento

educativo domiciliare, caratteristiche della relazione finale degli interventi educativi domiciliari;

- Area dei bisogni del Servizio Sociale territoriale nell'ambito degli interventi educativi domiciliari

Fraseggio (wording) delle domande in forma scritta

Sono state formulate 45 domande di cui 17 aperte e le restanti 28 chiuse.

Rispetto alle domande chiuse: 3 sono dicotomiche, 18 a scelta multipla e 7 con scale di giudizio.

Rispetto alle scale di giudizio (Zammuner, V. L., 1998, pp 20-24): scala ordinale 2 domande e scala a intervallo 5 domande.

Il formato chiuso ha previsto in alcuni casi anche la categoria di risposta “Altro”, la categoria è stata inserita ipotizzando che le alternative elencate non esaurissero la gamma delle possibili risposte.²¹

Nella formulazione delle domande si è prestata particolare attenzione nell'evitare di chiedere con una sola domanda due o più cose diverse, nell'eliminare ogni genere di ambiguità, vaghezza e imprecisione terminologica, nel controllare la possibile influenza della domanda sul rispondente, nell'eliminare le domande di cui non si ha chiaro in che modo dovranno essere analizzate, nell'evitare la formulazione di domande incomplete, nel verificare che il destinatario sia in grado di poter rispondere alla domanda, nell'evitare che le domande poste possano ledere il diritto alla riservatezza e nell'assicurarsi di esaurire, nel caso di domande chiuse, il numero massimo di risposte possibili (Lucisano & Salerni, 2002).

Studio della popolazione destinataria del questionario

La popolazione di interesse è stata definita a partire dall'obiettivo della ricerca ed è stata limitata ai Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori della Regione Emilia-Romagna.

²¹ Non è sempre stato possibile prevedere tutte le opzioni di risposta potenzialmente rilevanti e in altri casi l'elenco di tutte le opzioni di risposta sarebbe stato troppo lungo e/o si è ipotizzato che alcune opzioni sarebbero state scelte solo da un numero limitato di soggetti. In questi casi nella lista si sono indicati solo le opzioni più importanti. L'aggiunta della categoria “Altro” fa sì che la domanda chiusa diventi in parte aperta, con le complicazioni che ciò comporta: le risposte dovranno infatti essere analizzate e raggruppate in ulteriori categorie pertinenti. In caso di un utilizzo limitato della categoria “Altro” da parte dei soggetti compilatori il ricercatore potrebbe decidere di considerarle come risposte mancanti di cui non tenere conto nell'analisi finale dei dati, oppure limitarsi a riportarne la frequenza senza dettagliarne i contenuti specifici (Zammuner, V. L., 1998, p 101).

Definizione dell'ordine di presentazione delle domande e predisposizione della pagina introduttiva (frontespizio)

La scelta dell'ordine delle domande è stata fatta in modo accurato (Lucisano & Salerni, 2002): le domande delicate e potenzialmente imbarazzanti sono state collocate nell'ultima parte del questionario mentre per prime sono state presentate le domande facili da rispondere e stimolanti la compilazione del questionario. Si è cercato inoltre di variare modalità e tipologia di domande facendo attenzione a spiegare ogni volta in che modo rispondere e si è applicata la tecnica dell'imbuto (formulare prima domande generali, anche aperte e poi domande più specifiche). Rispetto alla predisposizione della pagina introduttiva (frontespizio) si è proceduto utilizzando la carta intesta dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna per dare una prima impressione di ufficialità e si sono espresse in modo sintetico le finalità della ricerca accennando all'importanza dei risultati. Nel frontespizio si sono inoltre date le garanzie di anonimato ringraziando e salutando e si sono fornite le istruzioni per la compilazione fornendo una anteprima del questionario in versione PDF. Infine sono stati comunicati i riferimenti del ricercatore per eventuali domande e problemi nella compilazione (Chito, G. 2000, p. 278). Di seguito viene presentato il frontespizio così come inviato ai destinatari del questionario (*Figura 16*)



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
"GIOVANNI MARIA BERTIN"

Gent.mo/ma,

Il Dipartimento di Scienze dell'Educazione sta svolgendo un'indagine sugli interventi di sostegno alla genitorialità attivati dai Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna e in particolare sugli **interventi educativi domiciliari (I.E.D.)**. La ricerca intende approfondire come, a livello regionale, tale dispositivo venga *interpretato*, *attivato* e *gestito* dai diversi soggetti istituzionali (Tribunale per i minorenni, Servizio Sociale territoriale) per giungere alla definizione di un modello operativo condiviso.

Per poter condurre uno studio approfondito e di rilievo sul tema degli I.E.D. nei vari Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna si chiede la Sua disponibilità, in quanto Responsabile di Servizio Sociale territoriale - Area Minori, a compilare il questionario disponibile al seguente [link](https://it.surveymonkey.com/r/InterventiEducativiDomiciliari):

<https://it.surveymonkey.com/r/InterventiEducativiDomiciliari>

I dati raccolti saranno trattati e presentati esclusivamente in forma aggregata e quindi anonima, l'analisi sarà svolta dal Dipartimento di Scienze dell'Educazione.

Il questionario dovrà essere compilato ENTRO il 30 GIUGNO

Si consiglia, una volta iniziata la compilazione del questionario, di portarla a termine. A tal proposito si invia in allegato un'anteprima del questionario in versione stampabile.

Nel caso di domande o altre specifiche non esitate a contattarci al seguente indirizzo di posta elettronica: alessandra.parpinello@unibo.it.

Cordialmente,

Alessandra Parpinello - ~~PhD Student~~

Alma Mater Studiorum Bologna - University of Bologna
Dipartimento di Scienze dell'Educazione "Giovanni Maria Bertin"
Via Filippo Re, 6 - 40126 Bologna (Italy)

(Figura 16: frontespizio questionario)

Particolare importanza è stata infine data alla grafica del questionario al fine di renderlo chiaro e leggibile: i caratteri delle domande sono più alti rispetto ai caratteri delle risposte, sono state numerate progressivamente le domande, organizzate per aree tematiche con esplicitazione dei titoli e nel caso di domande aperte è stato lasciato spazio adeguato a scrivere le risposte.

Somministrazione pilota su piccolo gruppo

Al fine di definire tempi di risposta e per riformulare eventuali risposte poco chiare si è somministrato il questionario a un piccolo gruppo: due Responsabili di Servizio Sociale territoriale – Area Minori).

Revisione del questionario dopo la somministrazione pilota

La revisione del questionario dopo la somministrazione pilota, condotta secondo i criteri sopra citati, ha modificato alcune domande da aperte a chiuse e ne ha chiarificato delle altre semplificandone la formulazione (si veda in APPENDICE il questionario definitivo).

Definizione della modalità di somministrazione del questionario

A partire dallo studio della popolazione a cui è destinato il questionario e dalla revisione del questionario dopo la somministrazione pilota si è definita la modalità di somministrazione del questionario, nello specifico si è scelto di utilizzare *Suvey Monkey*, una piattaforma on-line di indagini. Il questionario è stato strutturato utilizzando la piattaforma ed è stato inviato a mezzo di posta elettronica con il frontespizio redatto così come sopra specificato. In allegato al messaggio di posta elettronica è stato inviato un file in formato PDF contenente l'anteprima del questionario. La scelta di inviare il file anteprima è motivata nel testo del frontespizio:

Si consiglia, una volta iniziata la compilazione del questionario, di portarla a termine. A tal proposito si invia in allegato un'anteprima del questionario in versione stampabile.

Somministrazione del questionario

Il questionario è stato inviato a mezzo di posta elettronica a tutti i Responsabili dei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna utilizzando l'elenco degli indirizzi di posta elettronica fornito dall'Ufficio regionale competente.

Analisi dei risultati

La fase di analisi dei risultati è preceduta da una fase preparatoria, di *pre-analisi* nella quale si è costruito il *codebook* dei dati “un *libro codice* che contiene gli elementi che servono per definire le modalità di codifica delle informazioni e trasformarle in una matrice dati” (Lucisano & Salerni, 2002). Le informazioni contenute nel *codebook* riguardano: il nome attribuito alle diverse variabili, il tipo di formato per la registrazione della variabile (numerico, stringa, data, ecc), le etichette descrittive delle variabili e dei valori che queste contengono, gli eventuali codici per i valori mancanti. Nella costruzione del *codebook* si è prestata particolare attenzione

al numero di risposte che era possibile dare alle diverse domande del questionario e alle domande aperte per le quali la codifica delle risposte viene effettuata a posteriori, dopo aver esaminato tutte le risposte date e individuato una serie di categorie il più possibile complete ed esaustive in cui classificarle e quindi poter codificare le risposte. Dopo aver definito il *codebook* si è proceduto con la costruzione di una *matrice di dati*²² in cui inserire le risposte ottenute, base delle elaborazioni. La matrice è stata predisposta utilizzando un programma di calcolo elettronico che ne consentisse l'inserimento di dati (fogli elettronici di Excell).

Predisposti il *codebook* e la matrice dei dati si è quindi proceduto con l'inserimento dei dati attribuendo, trattandosi di un questionario anonimo, un codice in ordine progressivo a ciascun questionario. Si sono altresì effettuati controlli di plausibilità²³, di congruenza²⁴ e dei valori mancanti. Rispetto al controllo relativo ai valori mancanti si è tenuta in considerazione l'eventualità che i dati fossero mancanti perché mancanza di risposte dei rispondenti. È stato pertanto stabilito che in caso di dati mancanti in numero contenuto non si sarebbe proceduto con l'eliminazione dell'intero caso per evitare di perdere le altre informazioni e l'eliminazione di troppi casi (Lucisano & Salerni, 2002).

Rilevate e misurate le variabili si è quindi proceduto con la descrizione e l'analisi.

Per la parte relativa alla descrizione e all'analisi dei risultati si rimanda al capitolo successivo, Presentazione dei risultati.

3.5 Le interviste ai Giudici Onorari del Tribunale per i Minorenni di Bologna

Nel tentativo di rispondere all'interrogativo di partenza che ha guidato l'indagine è stata messa a punto un'intervista da proporre ai Giudici del Tribunale per i Minorenni per la Regione Emilia-Romagna. Le interviste sono state strutturate al fine di comprendere come il dispositivo degli interventi educativi domiciliari venga interpretato nel contesto del Tribunale per i Minorenni.

²² "Con l'espressione *matrice dati* si intende una tabella a doppia entrata in cui vengono riportati su ogni riga i casi o le osservazioni (le diverse unità di analisi) e su ogni colonna le variabili o le caratteristiche da misurare. La cella è l'intersezione tra il caso e la variabile. Ogni cella contiene quindi un singolo valore, ossia un *dato*, di una variabile relativa a un caso" (Lucisano & Salerni, 2002).

²³ Verificare se tutti i valori di una variabile sono plausibili.

²⁴ Verificare la corrispondenza dei diversi valori raccolti.

Il Tribunale per i Minorenni per la Regione Emilia-Romagna ha sede a Bologna e ha un'estensione territoriale che comprende le 9 province (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini, Bologna), la Città Metropolitana di Bologna e 340 Comuni. La competenza territoriale è, generalmente, in relazione alla residenza formale e sostanziale del minore o con la dimora abituale.

Il Tribunale per i Minorenni²⁵, che ha competenza in materia penale, civile e amministrativa, è un organo giudiziario specializzato al cui funzionamento partecipano oltre ai *giudici togati* anche cittadini estranei alla Magistratura "benemeriti dell'assistenza sociale", cultori di scienze mediche o umane, i *giudici onorari*. Questi ultimi sono nominati dal Consiglio Superiore della Magistratura, con carica triennale rinnovabile e sono scelti per le loro particolari competenze in discipline umanistiche, psicologiche e pedagogiche. I *giudici onorari*, avvalendosi della loro esperienza professionale, collaborano alla individuazione dei più adeguati provvedimenti a tutela e nell'interesse dei minori. La loro attività integra la competenza tecnico-giuridica del magistrato togato e consiste sia nello svolgimento delle udienze istruttorie civili delegate dal Tribunale che nella partecipazione alle decisioni in materia civile e penale. L'organico del Tribunale per i Minorenni di Bologna è attualmente composto da 1 Presidente, 6 giudici togati e 26 giudici onorari.

Dopo aver chiesto e ottenuto la collaborazione formale del Tribunale per i Minorenni di Bologna a partecipare all'indagine è stata inviata a ciascun Giudice sia togato che onorario l'invito a partecipare. Su un totale di 6 giudici togati e 26 onorari hanno risposto positivamente solo in 4, tutti onorari.

Prima di procedere con le interviste è stata costruita una traccia di domande flessibile e non standardizzata, partendo da una divisione tematica di ciò che si desiderava conoscere, dando importanza all'esperienza personale e lasciando spazio di racconto all'intervistato (per la traccia dell'intervista si veda in APPENDICE).

Le interviste semi-strutturate, della durata circa di 45 minuti, sono state audio registrate previo il consenso degli intervistati e si sono effettuate in prevalenza presso gli spazi del Tribunale per i Minorenni di Bologna (in un caso presso lo Studio Privato del Giudice).

²⁵ L'istituzione in Italia del Tribunale per i Minorenni risale al 1934 (RD. 20/7/1934 n. 1404)

Nella conduzione delle intervista si è fatta particolare attenzione a ridurre al minimo la desiderabilità sociale²⁶ e ponendo le domande in forma diretta e aperta per dar modo all'intervistato di poter rispondere in modo personale (Pegoraro, Milani, 2011). Una sola domanda è stata rivolta secondo la tipologia proiettiva, chiedendo all'intervistato di immaginare lo stesso lavoro svolto in particolari condizioni.

Le registrazioni audio sono state poi ascoltate e trascritte per procedere all'analisi delle informazioni raccolte.

Nel Capitolo Quinto verranno presentate, a integrazione dei dati discussi, parti delle interviste ai giudici, l'analisi dettagliata delle interviste sarà oggetto di un lavoro di ricerca condotto a latere della presente indagine dalla scrivente e da una Laureanda magistrale del Corso di Laurea in Progettazione e gestione dell'intervento educativo nel disagio sociale presso l'Alma Mater Studiorum-Università degli Studi di Bologna.

²⁶ la tendenza dell'intervistato a rispondere dando una buona immagine di sé, che ritiene ben accettata dagli altri (Pegoraro, Milani, 2011, p.13).

CAPITOLO QUARTO

I dati

4.1 Premessa

Nel presente capitolo verranno presentati i dati raccolti con il questionario *Gli interventi educativi domiciliari nei Servizio Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna*. I dati verranno presentati sia in numero esatto che in percentuale al fine di favorire l'immediata comprensione.

Su una popolazione di riferimento composta dai Responsabili di 61 Servizi Sociali territoriali – Area Minori indicati dall'Ufficio regionale competente hanno risposto al questionario in 19. Si è poi proceduto con l'eliminazione di 5 di essi in quanto la compilazione risultava essere molto incompleta e non significativa ai fini della ricerca. Il totale quindi dei questionari considerato è di 14, meno di un terzo del totale della popolazione di riferimento.

Il questionario è stato disponibile ai compilatori per un tempo di 2 mesi (dal 16/06/2018 al 16/08/2018). Inizialmente era stato fissato come termine ultimo per la compilazione il giorno 30/06/2018 ma avendo ricevuto un numero di risposte relativamente basso si è deciso di promuovere nuovamente il questionario prorogando la scadenza al 16/08/2018. Nonostante il prolungamento del periodo il divario tra il numero di questionari distribuiti e il numero di questionari ricevuti è davvero molto elevato, nel Capitolo successivo verranno discusse le ipotesi rispetto a questa scarsa partecipazione alla ricerca.

4.2. Presentazione dei dati

4.2.1 Area socio-anagrafica

Di seguito verranno presentati i dati socio-anagrafici del Responsabile del Servizio Sociale territoriale e dell'area territoriale del Servizio Sociale.

Genere

La quasi totalità dei Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori rispondenti è di genere femminile (13 su 14), solo uno risulta essere di genere maschile.

Età

L'età dei Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori si attesta in prevalenza nella fascia 41-50 anni con una percentuale del 57% (*Tabella 1*). Nessun Responsabile rispondente ha un'età inferiore ai trent'anni mentre sia nella fascia 31-40 che nella fascia superiore ai 50 anni si collocano il 21 % circa dei compilatori.

OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
<30	0,00%	0
31-40	21,43%	3
41-50	57,14%	8
>50	21,43%	3
TOTALE		14

(*Tabella 1: Età*)

Titolo di studio

Rispetto alla variabile titolo di studio quasi la totalità dei un Responsabile dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori rispondenti è in possesso di una Laurea (13 su 14).

Provincia di ubicazione del Servizio Sociale territoriale

Rispetto alla Provincia di ubicazione del Servizio Sociale territoriale, come riportato nella *Tabella 2* su un totale di 14 rispondenti la maggior parte risultano provenire dalla Provincia di Ravenna (29%), seguono con il 14% Piacenza e Reggio Emilia. In coda con una sola risposta le Province di: Modena, Forlì – Cesena, Bologna, Parma, Ferrara, Fidenza.

PROVINCE	Percentuale	Risposte
Ravenna	28, 57 %	4
Piacenza	14, 28 %	2
Modena	7, 14 %	1
Bologna	7, 14 %	1
Ferrara	7, 14 %	1
Parma	7, 14 %	1
Reggio Emilia	14, 28 %	2
Forlì Cesena	7, 14 %	1
Fidenza	7, 14 %	1
TOTALE		14

(*Tabella 2: Provincia di ubicazione del Servizio Sociale territoriale*)

4.2.2 Area terminologica e generale degli interventi educativi domiciliari

Nei Servizi Sociali territoriali il ritorno alla domiciliarità (L.285/1997)²⁷ è segnato da un aumento dell'attivazione di *Interventi Educativi Domiciliari*. Il dispositivo assume nel panorama italiano una molteplicità di denominazioni che si differenziano l'una dall'altra a seconda di come il dispositivo viene interpretato dal soggetto richiedente l'attivazione e dagli obiettivi perseguiti. Di seguito verranno presentate le denominazioni in uso nei Servizi Sociali territoriali rispondenti della Regione Emilia-Romagna, i soggetti richiedenti l'attivazione del dispositivo e il numero degli I.E.D. attivati nei cinque mesi precedenti la pubblicazione del questionario (Gennaio-Maggio 2018).

Denominazioni degli Interventi Educativi Domiciliari (I.E.D.)

Per quanto concerne le denominazioni degli I.E.D. utilizzate comunemente dai Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna, su un totale di 14 risposte date, le denominazioni riportate risultano essere 9, come riportato nella *Tabella 3*.

Il 29% dei rispondenti utilizza il termine: *Intervento educativo domiciliare I.E.D.* mentre le denominazioni *Educativa domiciliare* e *Assistenza domiciliare educativa* vengono utilizzate dal 14% dei rispondenti. Seguono *Assistenza domiciliare minori*, *Educativa individuale/domiciliare*, *Interventi educativi minori*, *Intervento domiciliare*, *Servizio Educativo Domiciliare S.E.D.* e *appoggi educativi domiciliari*.

Appare interessante ai fini della presente ricerca riportare l'attenzione su alcune questioni: il termine *assistenza* viene utilizzato, sul totale delle risposte date, con una percentuale del 21%; il termine *domiciliare* è riportato in quasi la totalità delle denominazioni fatta eccezione per un solo caso nel quale si utilizza la denominazione: *Interventi educativi minori*. Il termine *educativo* viene utilizzato 7 volte su 9, con una percentuale sul totale delle risposte dell'86%. Rispetto ai destinatari dell'intervento in due casi su 14 viene specificato il termine *minori* (poco più del 10% delle risposte totali).

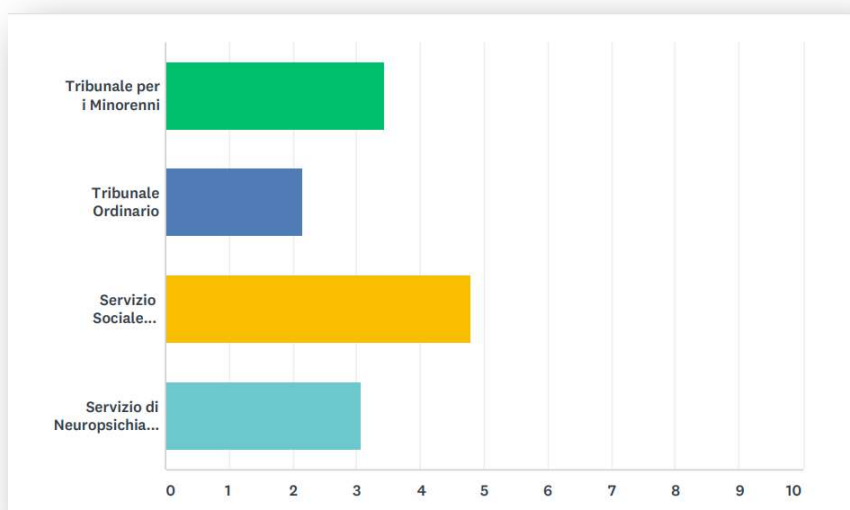
²⁷ Si vedano il Capitolo Primo e Terzo

DENOMINAZIONI	Dati	
Intervento educativo domiciliare I.E.D.	28, 57 %	4
Educativa domiciliare	14, 28 %	2
Assistenza domiciliare educativa	14, 28 %	2
Assistenza domiciliare minori	7, 14 %	1
Educativa individuale/domiciliare	7, 14 %	1
Interventi educativi minori	7, 14 %	1
Intervento domiciliare	7, 14 %	1
Servizio educativo domiciliare S.E.D.	7, 14 %	1
appoggi educativi domiciliari	7, 14 %	1
TOTALE		14

(Tabella 3: Denominazioni degli Interventi educativi domiciliari)

Soggetti richiedenti l'attivazione di I.E.D.

Rispetto ai soggetti che propongono l'attivazione di I.E.D. il *Grafico 1* evidenzia come il Servizio Sociale territoriale sia il principale richiedente, seguono il Tribunale per i Minorenni e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, in ultimo il Tribunale Ordinario.



(Grafico 1: Frequenza dei soggetti richiedenti l'attivazione di I.E.D.)

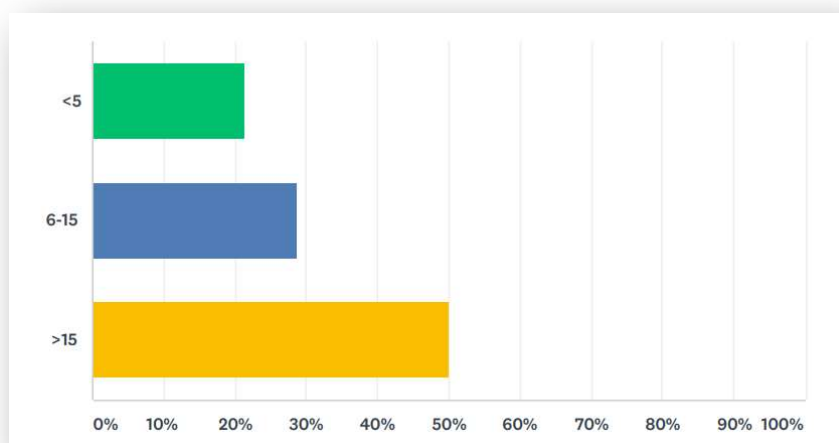
La *Tabella 4* mostra come il Servizio Sociale territoriale proponga l'attivazione del dispositivo *sempre* quasi nell'80% dei contesti rispondenti. Segue il Tribunale per i Minorenni che nel 50% dei casi propone l'attivazione di I.E.D. *spesso* e nel 43% dei casi *occasionalmente*. Per quanto riguarda il Servizio di Neuropsichiatria Infantile la frequenza si distribuisce dal 43% di *spesso* al 29% *occasionalmente* e 21% *raramente*. Si segnala che, per quanto riguarda il Tribunale Ordinario, il totale delle risposte date è 13 invece di 14, manca quindi una risposta. Procedendo comunque con l'analisi il Tribunale Ordinario risulta essere il soggetto che procede con frequenza minore alla richiesta di attivazione di I.E.D.: nel 31% dei casi non procede *mai* con la richiesta.

	MAI	RARAMENTE	OCCASIONALMENTE	SPESSO	SEMPRE	TOTALE	MEDIA PONDERATA
Tribunale per i Minorenni	0,00% 0	7,14% 1	42,86% 6	50,00% 7	0,00% 0	14	3,43
Tribunale Ordinario	30,77% 4	30,77% 4	30,77% 4	7,69% 1	0,00% 0	13	2,15
Servizio Sociale territoriale	0,00% 0	0,00% 0	0,00% 0	21,43% 3	78,57% 11	14	4,79
Servizio di Neuropsichiatria Infantile	7,14% 1	21,43% 3	28,57% 4	42,86% 6	0,00% 0	14	3,07

(Tabella 4: Frequenza dei soggetti richiedenti l'attivazione di I.E.D.)

Numero I.E.D. attivati da Gennaio 2018 a Maggio 2018

Rispetto al numero di I.E.D. attivati da Gennaio 2018 a Maggio 2018 nei Servizi Sociali territoriali rispondenti la metà riporta di averne attivati *più di quindici* (si veda il *Grafico 2*), solo il 21% ne ha attivati *meno di cinque*.



(Grafico 2: numero di I.E.D. attivati da Gennaio 2018 a Maggio 2018)

4.2.3 Area équipe professionale degli Interventi Educativi Domiciliari e formazione specifica degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari

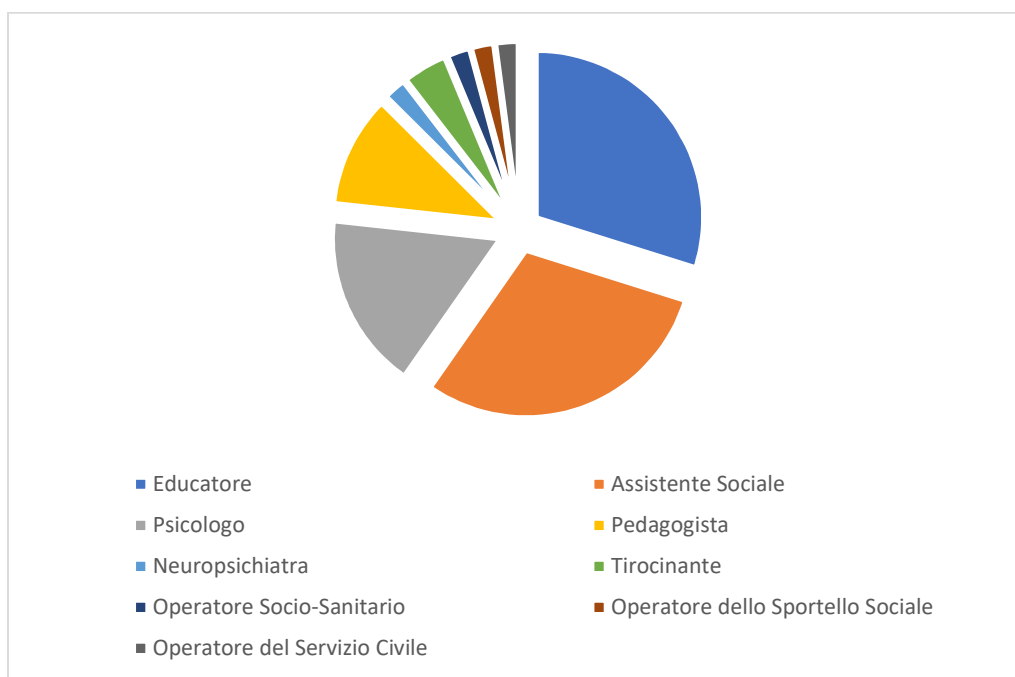
La composizione del gruppo di lavoro nei contesti dei Servizi Sociali territoriali appare più che mai interessante in un lavoro di ricerca teso a comprendere l'interpretazione e le modalità di attivazione degli I.E.D.. Riconoscendo altresì nell'educatore la professionalità adatta a svolgere l'intervento e in considerazione dei nuovi compiti educativi per i quali si ritiene necessaria una formazione specifica, verranno presentati i dati raccolti relativi alla composizione del gruppo di lavoro che si occupa degli I.E.D. con una focalizzazione sulla figura dell'educatore relativamente all'età, agli anni di esperienza nell'ambito degli I.E.D. e alla formazione. Rispetto a quest'ultima, con l'obiettivo generale di fornire informazioni utili a orientare le politiche a livello regionale in particolare in tema di formazione degli operatori, verranno presentati nel dettaglio (durata, contenuti, ente promotore) le formazioni specifiche svolte dagli educatori che si occupano di I.E.D..

Gruppo di lavoro che si occupa degli I.E.D.

Rispetto al gruppo di lavoro che si occupa degli I.E.D., come riportato nella *Tabella 5* e graficamente nel *Grafico 3*, gli Educatori e gli Assistenti Sociali sono *sempre presenti*, seguono gli Psicologi (57%) e i Pedagogisti (36%). In una équipe si segnala la presenza della figura del Neuropsichiatra (7%), in un'altra la presenza dell'Operatore dello Sportello Sociale (7%) e in un'altra ancora quella di un Operatore Socio-Sanitario (7%). In due equipe è presente la figura del tirocinante (14%) e in una quella dell'Operatore del Servizio Civile (7%).

GRUPPO DI LAVORO I.E.D.	Dati	
Educatore	100%	14
Assistente Sociale	100%	14
Psicologo	57%	8
Pedagogista	36%	5
Neuropsichiatra	7%	1
Tirocinante	14%	2
Operatore Socio-Sanitario	7%	1
Operatore dello Sportello Sociale	7%	1
Operatore del Servizio Civile	7%	1

(Tabella 5: composizione del gruppo di lavoro degli I.E.D.)



(Grafico 3: composizione del gruppo di lavoro degli I.E.D.)

Rispetto ai numeri dei professionisti impiegati nei 14 Servizi Sociali territoriali – Area minori rispondenti della Regione Emilia-Romagna: 97 sono gli Educatori (su 14 équipe), 72 gli Assistenti Sociali (su 14 équipe), 34 gli Psicologi (presenti in 8 équipe differenti), 5 i Pedagogisti (presenti in 5 équipe differenti), 3 Neuropsichiatri (presenti in un'unica équipe), 2 Tirocinanti presenti in due équipe differenti, 1 Operatore Socio-Sanitario, 1 Operatore dello Sportello Sociale, 1 Operatore del Servizio Civile.

Età degli educatori che si occupano di I.E.D.

Prima di procedere con l'analisi si segnala che a questa domanda manca una risposta (totale risposte: 13).

Per quanto riguarda la variabile *età degli educatori che si occupano di I.E.D.* la maggior parte si attesta sulla *fascia d'età 31-39 anni*, segue la *fascia meno di trent'anni*.

Come si evince dalla *Tabella 7* la media ponderata della *fascia d'età 31-39 anni* raggiunge il valore più alto (media: 3,77) e dalla *Tabella 9* le opzioni di risposta *più della metà* e *tutti* sommate raggiungono il 69%. Segue la *fascia meno di trent'anni*: l'opzione di risposta più ricorrente è *meno della metà* con il 46% e con una media del 2,50. In ultimo la *fascia superiore a cinquant'anni*: la media è pari al 1,76 (si veda *Tabella 10*) e le opzioni di risposta *nessuno* e

meno della metà coprono per intero le risposte date (si veda *Tabella 6*) con una deviazione standard di 0,42 (la più bassa).

Età degli educatori che si occupano degli I.E.D.	<30	31-49	>50
Nessuno	23%	0%	46,15%
Meno della metà	46%	7,70%	53,84%
La metà	23%	23%	0%
Più della metà	7,70%	53,84%	0%
Tutti	0%	15,38%	0%

(*Tabella 6: età degli educatori che si occupano degli I.E.D.*)

STATISTICHE DI BASE					
	MINIMO	MASSIMO	MEDIANA	MEDIA	DEVIATION STANDARD
<30	2,00	4,00	2,00	2,50	0,67
31-49	2,00	5,00	4,00	3,77	0,80
>50	1,00	2,00	2,00	1,78	0,42

(*Tabella 7: età degli educatori che si occupano degli I.E.D.*)

Esperienza degli educatori che si occupano di I.E.D.

Per quanto riguarda l'*esperienza degli educatori che si occupano di I.E.D.* la maggior parte di essi ha *più di 5 anni di esperienza*, segue *da 3 a 5 anni di esperienza*.

Come si evince dalla *Tabella 8* la media ponderata relativa a *più di 5 anni di esperienza* è pari a 3,21 e la somma dei valori *più della metà* e *tutti* è pari al 57% delle risposte date.

Segue, con una media superiore alla metà (3,00), *da 3 a 5 anni di esperienza*: i valori *la metà* e *più della metà* raggiungono il 72%.

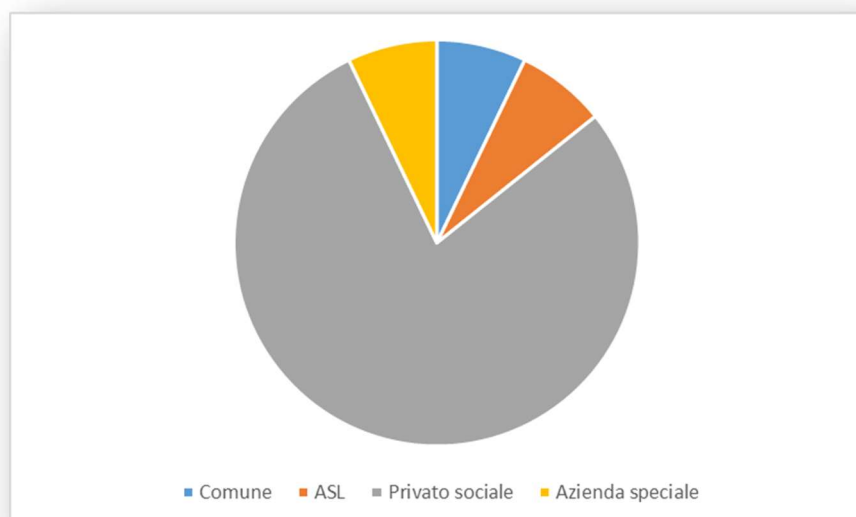
Gli educatori che hanno meno di *2 anni di esperienza* sono un numero molto limitato con una media che si attesta sull'1,91 con una concentrazione delle risposte sul valore *meno della metà* (91%).

	NESSUNO	MENO DELLA METÀ	LA METÀ	PIÙ DELLA METÀ	TUTTI	TOTALE	MEDIA PONDERATA
Meno di 2 anni di esperienza	9,09% 1	90,91% 10	0,00% 0	0,00% 0	0,00% 0	11	1,91
Da 3 a 5 anni di esperienza	0,00% 0	27,27% 3	45,45% 5	27,27% 3	0,00% 0	11	3,00
Più di 5 anni di esperienza	7,14% 1	35,71% 5	0,00% 0	42,86% 6	14,29% 2	14	3,21

(*Tabella 8: esperienza degli educatori che si occupano degli I.E.D.*)

Tipologia dell'ente a cui appartengono gli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto alla variabile *Tipologia dell'ente a cui appartengono gli educatori che si occupano di I.E.D.*, come rappresentato nel *Grafico 4*, il 79% appartiene al Privato sociale, seguono con la medesima percentuale del 7% Comune, ASL e Azienda Speciale (specificazione dell'opzione di risposta *Altro*).



(Grafico 4: tipologia dell'ente di appartenenza degli educatori che si occupano degli I.E.D.)

Formazione degli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto alla variabile *Formazione degli educatori che si occupano di I.E.D.* la maggior parte sono in possesso di Laurea triennale e di Laurea Magistrale.

Come si evince dalla *Tabella 9* la media delle risposte relative a Laurea triennale è pari a 3,33 con una somma dei valori *tutti e più della metà* che raggiunge il 50% delle risposte. Relativamente a Laurea Magistrale la media è pari a 3 e la somma dei valori *più della metà e la metà* è pari al 60% delle risposte date.

Gli educatori che sono in possesso di un Diploma di scuola secondaria e di una Laurea quadriennale sono in numero piuttosto limitato: come si vede dalla *Tabella 9* la media dei valori del primo titolo raggiunge il 2,09 con un 45% delle risposte che si attesta sul valore *nessuno*. Rispetto al titolo Laurea quadriennale la media è pari a 2 con un totale delle risposte sui valori *nessuno e meno della metà* che raggiunge l'89%.

Si segnala che in un'équipe è presente un professionista con il titolo di Dottorato di ricerca.

	NESSUNO	MENO DELLA METÀ	LA METÀ	PIÙ DELLA METÀ	TUTTI	TOTALE	MEDIA PONDERATA
Diploma di scuola secondaria superiore	45,45% 5	36,36% 4	0,00% 0	0,00% 0	18,18% 2	11	2,09
Laurea triennale	0,00% 0	41,67% 5	8,33% 1	25,00% 3	25,00% 3	12	3,33
Laurea quadriennale	22,22% 2	66,67% 6	0,00% 0	11,11% 1	0,00% 0	9	2,00
Laurea Magistrale	0,00% 0	30,00% 3	10,00% 1	60,00% 6	0,00% 0	10	3,30

(Tabella 9: formazione degli educatori che si occupano degli I.E.D.)

Formazione specifica degli educatori che si occupano di I.E.D.

Gli educatori che si occupano di I.E.D. che hanno svolto formazione specifica risultano essere la maggioranza.

Come si evince dalla Tabella 10 la media ponderata è pari a 3,29 e la somma dei valori *tutti*, *più della metà* e *la metà* è pari al 57%. Il 21% degli educatori *non ha svolto formazione specifica*.

	NESSUNO	MENO DELLA METÀ	LA METÀ	PIÙ DELLA METÀ	TUTTI	TOTALE	MEDIA PONDERATA
Educatori che si occupano di I.E.D che hanno svolto una formazione specifica	21,43% 3	21,43% 3	7,14% 1	7,14% 1	42,86% 6	14	3,29

(Tabella 10: formazione specifica degli educatori che si occupano degli I.E.D.)

Tipologia di formazione specifica degli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto alla variabile *Tipologia di formazione specifica degli educatori che si occupano di I.E.D.* si segnala che il 71% *non ha risposto* alla domanda (si veda Tabella 11).

Percentuale di risposta alla domanda	
Ha risposto	28,57%
Non ha risposto	71,42%

(Tabella 11: percentuale di risposta alla domanda relativa alla formazione specifica degli educatori che si occupano degli I.E.D.)

Nonostante il numero di risposte limitato (29%) si è deciso di condurre comunque l'analisi in considerazione dell'importanza della *domanda 14* ai fini della ricerca.

Di seguito (Tabella 12) vengono riportate per intero tutte le risposte fornite alla *domanda 14* suddivise per le tre variabili indagate: *soggetto promotore*, *contenuti* e *durata*.

I diversi colori corrispondono ai diversi soggetti compilatori.

Formazione	Variabili	Dati
Formazione 1	Soggetto promotore	Formazione interna/privato sociale
	Durata	18 h
	Contenuti	Approccio al lavoro educativo: vissuti, rappresentazioni, dialettica e fragilità dell'agire educativo
Formazione 2	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	CESVIP
	Durata	48 h
	Contenuti	Incremento delle competenze di operatori esperti nella progettazione, organizzazione e gestione di interventi socio educativi dell'area del disagio e della devianza minorile
Formazione 3	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche AUSL Romagna
	Durata	20 h
	Contenuti	Le immagini degli adolescenti tra identità e consumi
Formazione 4	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	AUSL Romagna
	Durata	18 h
	Contenuti	Abuso e maltrattamento in danni ai minori
Formazione 5	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	AUSL Romagna
	Durata	24 h
	Contenuti	Il fenomeno della violenza e gli effetti sulla salute: la diagnosi e le buone prassi interforze nelle azioni di sistema
Formazione 6	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Formazione interna/privato sociale
	Durata	48 h
	Contenuti	Corso di base di focusing con trainer di focusing adulti e bambini
Formazione 1	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune
	Durata	Annuale
	Contenuti	Teoria dell'attaccamento / CTA Milano
Formazione 2	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune
	Durata	Annuale
	Contenuti	separazioni conflittuali/ CTA Milano
Formazione 3	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune
	Durata	2 anni
	Contenuti	La forma del trauma/ Psicoterapeuta privata
Formazione 4	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune
	Durata	dal 2018
	Contenuti	Sperimentazione Progetto PIPPI
Formazione 1	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune

	Durata	8 h
	Contenuti	Parlare del trauma
Formazione 2	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Formazione interna/privato sociale
	Durata	10 h
	Contenuti	Colloquio motivazionale
Formazione 3	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Formazione interna/privato sociale
	Durata	10 h
	Contenuti	La scrittura in educazione
Formazione 4	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune
	Durata	8 h
	Contenuti	Il ruolo paterno e materno nella relazione con l'adolescenza e i cambiamenti socioculturali/Centro studi Erickson
Formazione 1	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune di Bologna
	Durata	20 h
	Contenuti	Gruppi di lavoro con genitori e famiglie di appoggio, ricerca e sperimentazione strumenti PIPPI
Formazione 2	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Formazione interna/privato sociale
	Durata	15 h
	Contenuti	Supereroi fragili: presentazioni, vari volti e rappresentazioni dell'adolescente (uso di sostanze, web, disturbi alimentari, etc.)/Centro studi Erickson
Formazione 3	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	ENFAP
	Durata	15 h
	Contenuti	Funzionamento Tribunale per i Minorenni e provvedimenti, riferimenti e approfondimenti giuridici nelle situazioni di violenza
Formazione 4	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	ENFAP
	Durata	15 h
	Contenuti	Genitorialità e minori in contesti di violenza, approfondimenti e strategie in casi di violenza assistita e abuso
Formazione 5	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	Comune di Bologna/IES
	Durata	10 h
	Contenuti	Responsabilità dell'operatore sociale davanti alle leggi
Formazione 6	Soggetto promotore Da chi è stata promossa	ENFAP
	Durata	4 h
	Contenuti	Collocamento in struttura per mamma e bambino, guida per operatori rispetto ai possibili metodi di intervento

(Tabella 12: risposte alla domanda 14)

Per ciascuna variabile, a partire dalle risposte date, si è preceduto con l'individuazione delle categorie.

Rispetto al *Soggetto promotore*, come riportato in *Tabella 13*, il 40% risulta essere il Comune, seguono le formazioni promosse dal privato sociale con il 25%, Ente di formazione con il 20% e infine l'AUSL con il 15%.

Soggetto promotore	
Formazione interna/privato sociale	25,00%
Ente di formazione	20,00%
AUSL	15,00%
Comune	40,00%

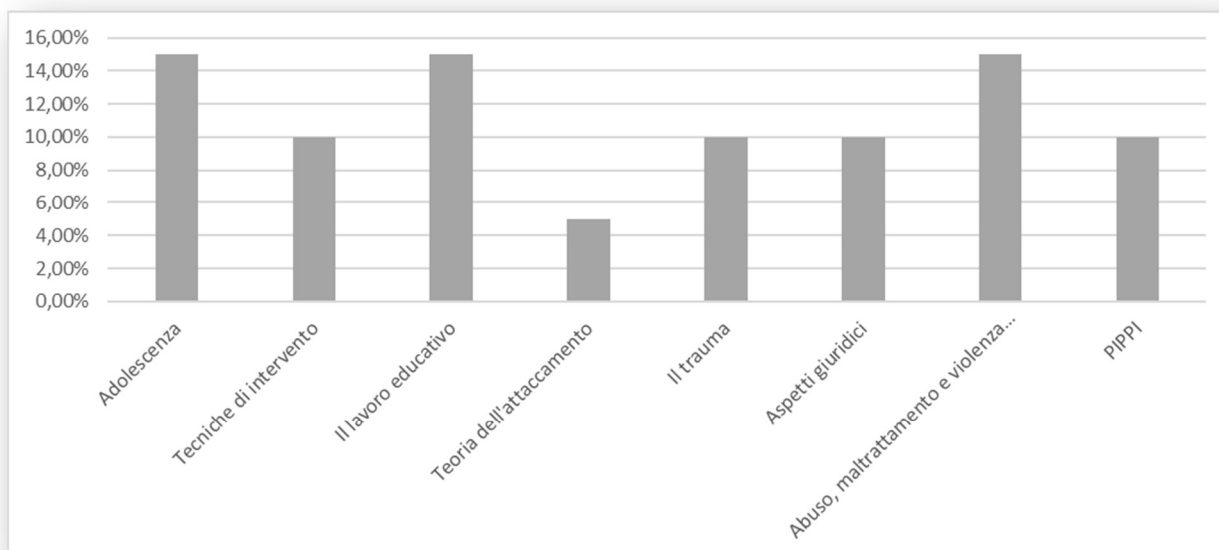
(*Tabella 13*: soggetto promotore della formazione specifica)

Rispetto ai *Contenuti* sono stati identificate le seguenti categorie: *Adolescenza*, *Tecniche di intervento*, *Il lavoro educativo*, *Teoria dell'attaccamento*, *Il trauma*, *Abuso maltrattamento e violenza sui minori* e *Aspetti giuridici*.

Come rappresentato nel *Grafico 5* i contenuti che sono maggiormente oggetto della formazione specifica rivolta agli educatori che si occupano di I.E.D. sono relativi alle tematiche connesse all'*Adolescenza* e al *lavoro educativo* (15%), seguono le *Tecniche di intervento*, *Il trauma* e gli *Aspetti giuridici* con il 10%. In ultimo la *Teoria dell'attaccamento*, oggetto di una sola formazione.

Per quanto riguarda i formatori i rispondenti alla domanda hanno specificato la collaborazione con il Centro Studi Erickson in due occasioni (contenuti: l'adolescenza) e con CTA Milano in altre due occasioni (contenuti: teoria dell'attaccamento e separazioni conflittuali).

Si segnala inoltre che due équipes tra quelle rispondenti alla domanda relativa alla formazione specifica degli educatori che si occupano di I.E.D. hanno citato formazioni che afferiscono a PIPPI e che prevedono una loro adesione al progetto.



(Grafico 5: contenuti formazione specifica)

Rispetto alla *durata* la maggior parte delle formazioni specifiche svolte dagli educatori che si occupano di I.E.D. è *inferiore alle 24 h*.

Come riportato in *Tabella 14* il 30% è *inferiore a 15 ore*, il 25% va *dalle 15 alle 18 ore* e un altro 25% *tra le 20 e le 24 ore*. Formazioni della *durata di un anno* risultano attivate nel 15% dei casi seguite poi da 48h (10%) e 2 anni (5%).

Durata formazione specifica	
2 anni	5,00%
1 anno	15,00%
48 h	10,00%
20-24 h	25,00%
15-19 h	25,00%
<15 h	30,00%

(Tabella 14: durata formazione specifica)

4.2.4 Area coordinamento degli educatori che si occupano degli interventi educativi domiciliari

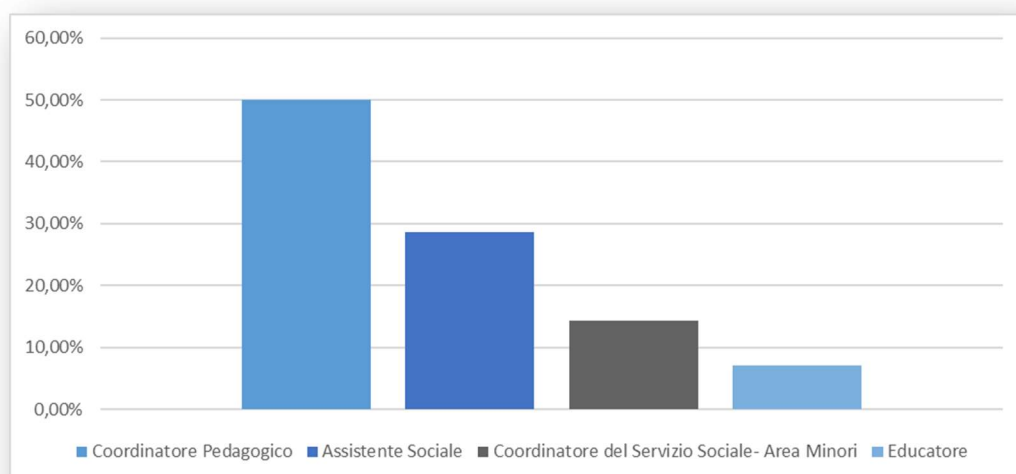
Nella realizzazione degli I.E.D. l'équipe educativa e la figura del coordinatore pedagogico svolgono un ruolo centrale. Nei servizi socioeducativi il coordinamento si caratterizza oltre che per la tipica funzione organizzativa per funzioni nuove relative alla trattazione e gestione delle dinamiche espresse dagli operatori a fronte delle situazioni incontrate, al favorire letture e

ipotesi di intervento, al riconoscimento e valorizzazione delle differenze e delle specificità professionali presenti e al contenimento costante e mirato.

Di seguito verrà presentato un affondo sulla figura del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D. a partire dalla formazione per poi proseguire con la specificazione di età, anni di esperienza e formazione specifica nell'ambito degli I.E.D..

Coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

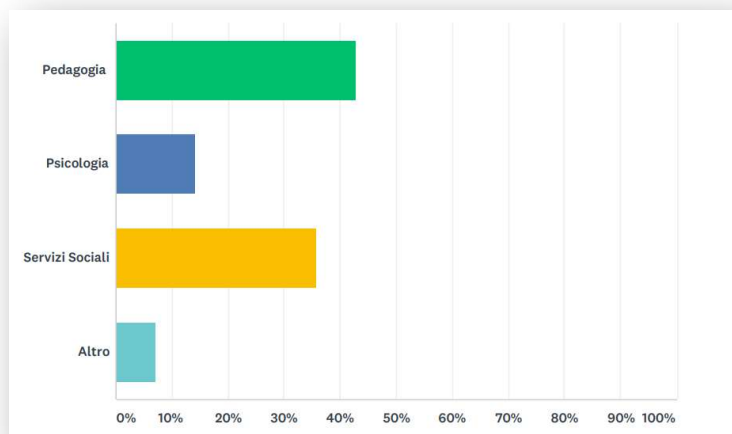
Rispetto alla presenza e alla figura del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D., come rappresentato nel *Grafico 6*, nel 50% il ruolo è ricoperto dal Coordinatore Pedagogico, segue l'Assistente Sociale con il 29%. In una sola équipe a occuparsi del coordinamento è l'educatore (7%) mentre il Coordinatore del Servizio Sociale-Area Minori riveste questo ruolo nel 14% delle équipes rispondenti.



(*Grafico 6: coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.*)

Formazione del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

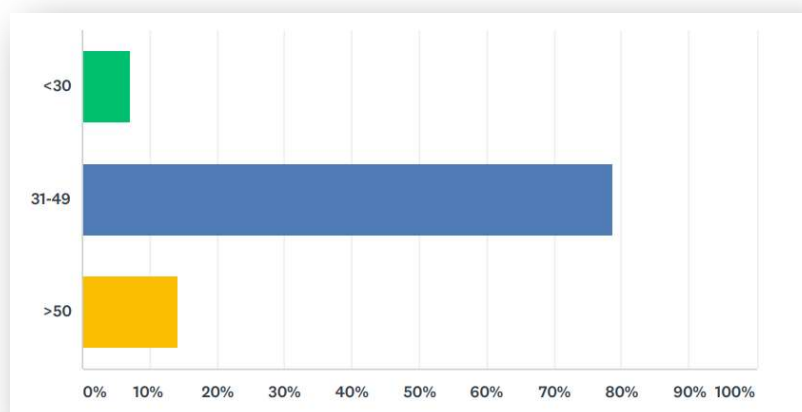
Per quanto riguarda la formazione del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D., come rappresentato nel *Grafico 7*, il 43% possiede una laurea in *Pedagogia*, il 36 % in *Servizio Sociale* e il 14% in *Psicologia*. Nella categoria di risposta *Altro* (7%) è stato specificato *Scienze dell'Educazione*.



(Grafico 7: formazione del coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.)

Età del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

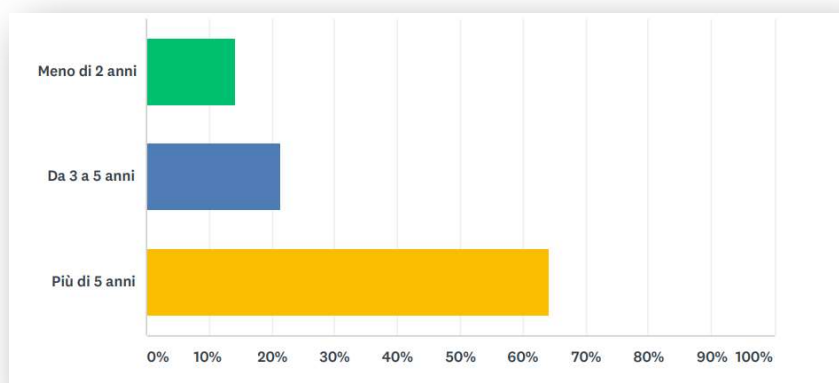
Per quanto riguarda l'età del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D., come si vede dal *Grafico 8*, la maggior parte ha un'età compresa *tra i 31 e i 49 anni* (79%), segue la categoria di risposta *maggiore di 50* con il 14% e solo in un caso il coordinatore ha *meno di trent'anni* (7%).



(Grafico 8: età del coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.)

Anni di esperienza del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

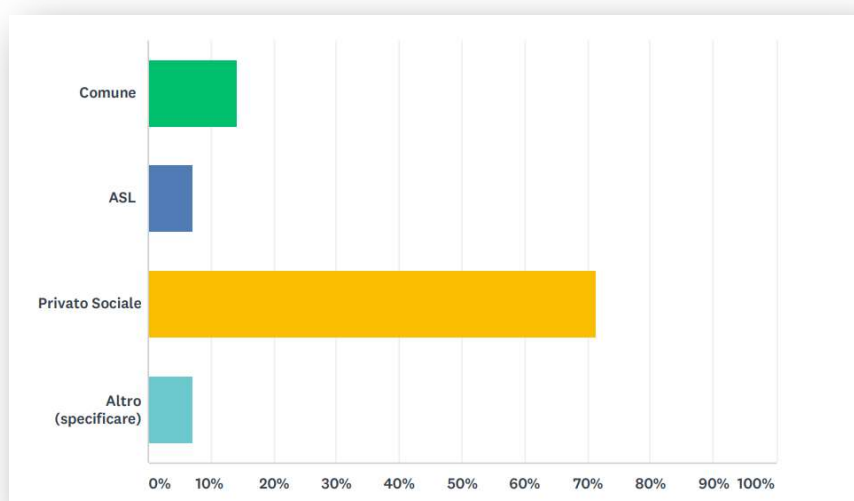
Rispetto agli anni di esperienza del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D. la maggior parte ha *più di 5 anni di esperienza* (64%), segue l'opzione di risposta *da 3 a 5 anni* (21%) e infine *meno di 2 anni* con il 14% (*Grafico 9*).



(Grafico 9: anni di esperienza del coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.)

Ente del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

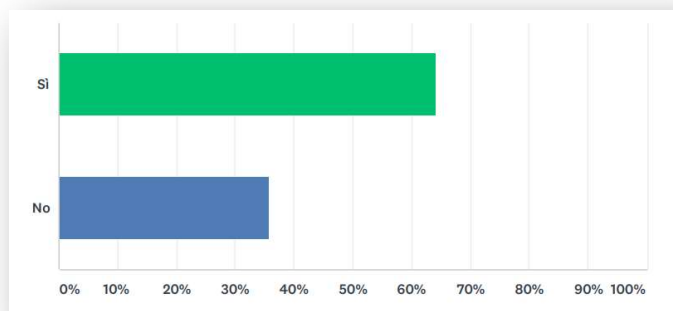
Per quanto riguarda l'ente a cui appartiene il coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D. la maggior parte appartiene al *Privato Sociale* (71%), segue il *Comune* con il 14% e infine con il 7% sia l'*ASL* che *Altro* specificato in *Azienda Speciale* (si veda Grafico 10)



(Grafico 10: ente di appartenenza del coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.)

Formazione specifica del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D.

Alla domanda relativa alla formazione specifica del coordinatore degli educatori che si occupano di I.E.D. la maggior parte, come rappresentato nel Grafico 11, ha risposto *affermativamente* (64%).



(Grafico 11: formazione specifica del coordinatore dell'équipe degli educatori che si occupano di I.E.D.)

4.2.5 Area organizzazione del lavoro di équipe

La domiciliarità è ciò che caratterizza in primis gli I.E.D., proprio questo aspetto peculiare e privilegiato rende complesso l'intervento: l'assenza di un setting definito e riconosciuto istituzionalmente si configura infatti parimenti come punto di forza ed elemento di grande criticità. I rischi a cui può incorrere l'educatore (come per esempio quello di essere invischiato in dinamiche altre che esulano dagli obiettivi degli I.E.D.) possono essere fronteggiati solo a partire dal riconoscimento delle difficoltà del lavoro educativo domiciliare e da un lavoro di équipe integrato a più livelli: da un livello micro (équipe educativa) a un livello meso (équipe integrata) fino a un livello macro (équipe integrata allargata ai contesti altri come sport, volontariato, etc.). L'organizzazione del lavoro di équipe appare quindi di grande interesse ai fini della presente ricerca, di seguito verranno quindi proposti i dati relativi alla frequenza degli incontri di équipe educativa e l'impostazione data ai momenti di équipe.

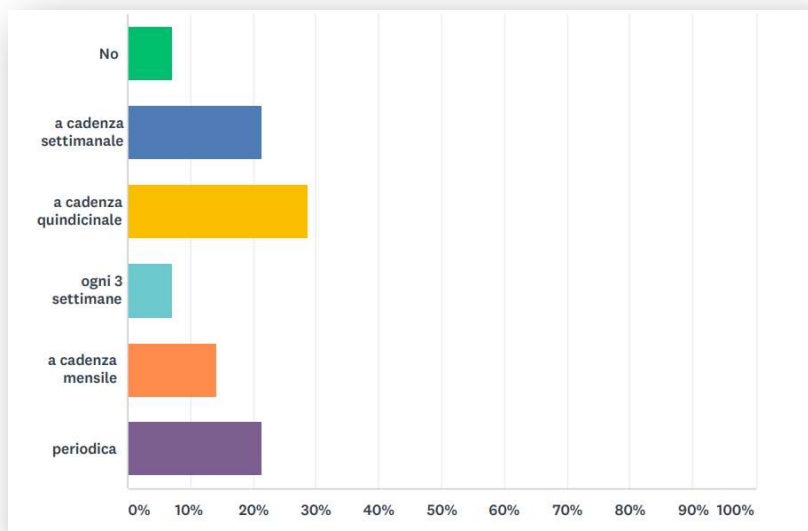
Verranno inoltre presentati i dati relativi a eventuali forme di supporto come le supervisioni²⁸ rivolte agli educatori che si occupano di I.E.D.

Frequenza di incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D.

La frequenza con la quale maggiormente si incontrano in équipe gli educatori che si occupano di I.E.D. è, come rappresentato nel *Grafico 12*, a cadenza *quindicinale* (29%), seguono con il 21% la frequenza *settimanale* e *periodica*. L'opzione di risposta a *cadenza mensile* ottiene il

²⁸ È una "azione di manutenzione del Sé-strumento di lavoro" (Garena, 1996), di "affinamento del Sé dell'educatore" (Orsenigo, 1992).

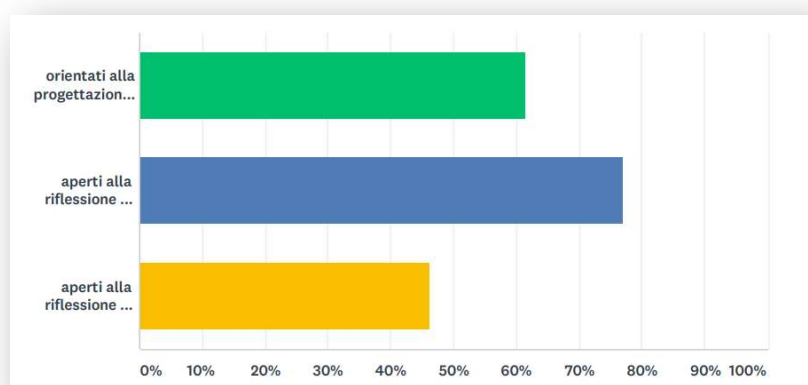
14% mentre *ogni 3 settimane* il 7%. In un caso si segnala che non vengono svolti incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D.



(Grafico 12: frequenza di incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D.)

Impostazione degli incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto all' impostazione degli incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D. l'opzione di risposta *aperti alla riflessione e al confronto tra colleghi interni* è stata scelta dal 77% dei rispondenti, segue l'opzione *orientati alla progettazione funzionale* con il 62% e in ultimo con il 46% la risposta *aperti alla riflessione e al confronto con colleghi e professionisti esterni all'équipe educativa* (si veda Grafico 13)

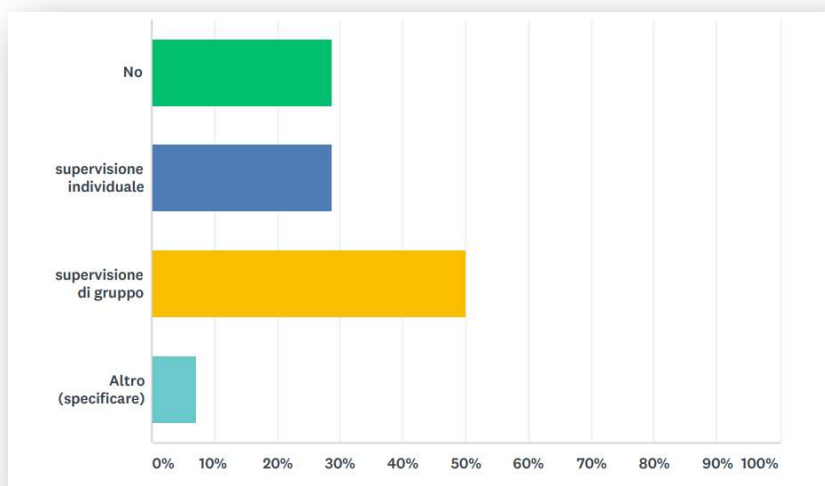


(Grafico 13: impostazione degli incontri di équipe tra gli educatori che si occupano di I.E.D.)

Presenza ed eventuali tipologie di forme di supervisione rivolte agli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto alla presenza ed eventuali tipologie di forme di supervisione rivolte agli educatori che si occupano di I.E.D., come rappresentato nel *Grafico 14*, il 50% ha risposto scegliendo la categoria *supervisione di gruppo* mentre il 29% la *supervisione individuale*. Dei rispondenti il 29% riporta che *non è prevista alcuna forma di supervisione* per gli educatori che si occupano di I.E.D.

Rispetto a questi dati si segnala che in due casi le forme di supervisione rivolte agli educatori che si occupano di I.E.D. prevedono la *combinazione di supervisione di gruppo e individuale*. In un caso l'opzione di risposta scelta è *altro* (7%) con la specificazione *partecipazione alla supervisione degli assistenti sociali per la discussione di casi che prevedono I.E.D.*



(Grafico 14: forme di supervisione rivolte agli educatori che si occupano di I.E.D.)

4.2.6 Area della progettazione, realizzazione e valutazione dell'intervento educativo domiciliare

Al fine di garantire una buona qualità degli interventi, nel rispetto del principio di congruità (la capacità di costruire una progettualità coerente ai reali bisogni del minore e della sua famiglia), è necessario disporre di strumenti professionali specifici e confrontabili, fondati sull'evidenza. Dotarsi di strumenti basati sull'evidenza aggiunge forza alla progettazione e conduce ad interventi mirati, fondati su una base di elementi attendibili utili a monitorare i progressi. La standardizzazione degli strumenti è una questione aperta sulla quale necessariamente riflettere

e indagare, specie in un ambito relativamente nuovo come quello degli interventi educativi domiciliari. L'esistenza di protocolli strutturati e condivisi per la progettazione e la gestione degli I.E.D. e l'analisi delle diverse fasi (AVVIO, SVOLGIMENTO e CONCLUSIONE) con particolare focus sui soggetti coinvolti, le azioni e gli strumenti vanno nella direzione di chiarire il panorama regionale e le eventuali tendenze al fine di definire possibili traiettorie future.

Si precisa che a partire dalle domande relative all'area della progettazione, realizzazione e valutazione dell'intervento educativo domiciliare non sono più disponibili le risposte del *questionario#13* per mancata compilazione

I questionari totali quindi passano da 14 a 13.

Presenza di protocollo strutturato per la progettazione e gestione degli interventi educativi domiciliari

Per quanto riguarda la presenza di un protocollo strutturato per la progettazione e gestione degli I.E.D. la maggior parte dei rispondenti hanno risposto *positivamente* (61%) con la specificazione che nel 38% dei casi il protocollo è *condiviso con altri Servizi* e nel 23% è *ad uso interno*.

Le risposte negative si attestano sul 38% (si veda *Tabella 15*)

OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
No	38,46%	5
Sì, ad uso interno	23,08%	3
Sì, condiviso con altri Servizi	38,46%	5
Altro	0,00%	0
Totale rispondenti: 13		

(*Tabella 15*: presenza di protocollo strutturato per la progettazione e gestione di I.E.D.)

*Soggetti coinvolti, azioni e strumenti nelle fasi di **avvio**, **svolgimento** e **conclusione** degli interventi educativi domiciliari, caratteristiche degli strumenti*

Di seguito vengono presentati i risultati relativamente a soggetti coinvolti, azioni e strumenti nelle fasi di progettazione e realizzazione degli I.E.D. (AVVIO, SVOLGIMENTO e CONCLUSIONE).

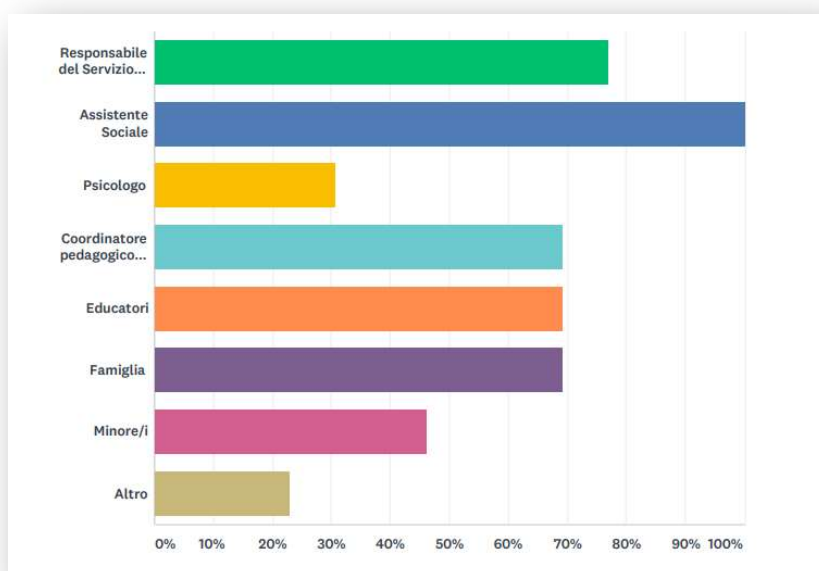
FASE DI AVVIO

Soggetti coinvolti nella fase di AVVIO degli I.E.D.

Per quanto riguarda i soggetti coinvolti nella fase di avvio degli I.E.D. gli *Assistenti Sociali* sono sempre presenti (100%), seguono i *Responsabili del Servizio Sociale territoriale – Area Minori* (77%) e, nella medesima percentuale del 69%, il *Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.*, l'*educatore* e la *famiglia*.

Come rappresentato nel *Grafico 15* il/i *minore/i* è presente nel 46% dei casi e lo *psicologo* nel 31%.

Per l'opzione di risposta *altro* (23%) è specificato: *Neuropsichiatra Infantile*, *altri soggetti della rete coinvolti* (3 volte).



(Grafico 15: soggetti coinvolti nella fase di AVVIO degli I.E.D.)

Azioni e strumenti nella fase di AVVIO degli I.E.D.

Per quanto riguarda le azioni della fase di Avvio degli I.E.D. al di là delle differenze nella denominazione delle azioni e nei livelli di precisione di risposta è possibile rintracciare delle linee di tendenza e delle differenze sostanziali.

Si è deciso di procedere all'analisi riportando la tabella con le risposte date per intero (*Tabella 16*) suddivise in azioni e strumenti.

Questionario	Azioni	Strumenti
#1	Incontro preliminare tra A.S. e coordinatore degli educatori	Nessuna modulistica o verbale
#2	predisposizione del progetto educativo in collaborazione tra coordinatore, A.S. ed educatore	verbali incontri progetto educativo
#3	Incontro preliminare tra Responsabile, A.S. ed educatore Condivisione progetto con la famiglia e con il minore Se necessario nella predisposizione del progetto viene coinvolto anche il Neuropsichiatra e/o la psicologa di base	verbale incontri
#4	richiesta attivazione al Responsabile di Servizio contatto con il coordinatore degli educatori incontro tra A.S./coordinatore/educatore di presentazione della situazione	progetto educativo
#5	incontro preliminare tra A.S. ed educatori presentazione educatore a famiglia e minore con A.S.	verbali incontri
#6	Incontro preliminare tra A.S. e coordinatore degli educatori incontro di presentazione del caso tra A.S., coordinatore degli educatori ed educatore incontro di condivisione del progetto con famiglia e minore/i	verbali incontri progetto educativo
#7	discussione in équipe inerente la richiesta di attivazione dell'I.E.D. la referente della domiciliare per il Servizio Sociale incontra il coordinatore degli educatori e autorizza l'attivazione del progetto incontro di presentazione del caso tra A.S., coordinatore degli educatori ed educatore	progetto educativo modulistica attivazione servizio
#8	incontro preliminare con la famiglia	verbali incontri
#9	invio richiesta di attivazione I.E.D. dal Servizio Sociale ad ASP e da ASP al coordinatore degli educatori selezione dell'educatore incontro di presentazione del caso tra A.S., coordinatore degli educatori ed educatore	modulistica attivazione servizio verbali incontri progetto educativo
#10	richiesta attivazione I.E.D. condivisione disponibilità con educatori incontro di condivisione del progetto con A.S. ed educatore presentazione educatore a famiglia e minore con A.S.	autorizzazione trasporto autodichiarazione alimentare scheda progetto A.S. verbali incontri modulistica attivazione servizio

#11	proposta di intervento (A.S., famiglia e Responsabile del Servizio)	modulistica attivazione servizio
	incontro preliminare per la presentazione e assegnazione della situazione (A.S., referente soggetto affidatario del I.E.D., educatori)	verbale incontri
	definizione obiettivi educativi (famiglia, A.S. ed educatori)	
#12	raccolta analisi delle segnalazioni a cadenza mensile	scheda segnalazione
	analisi della domanda e identificazione del servizio da coinvolgere	incarico al servizio
	selezione dell'educatore	scheda assegnazione incarichi
	incontro di progettazione con A.S. ed educatore	modulo di iscrizione
		scheda analisi dei bisogni
		progetto educativo
#13	NR	NR
#14	incontro preliminare tra servizio e coordinatore degli I.E.D.	modulistica attivazione servizio
	assegnazione educatore per gli I.E.D.	impegno di spesa
	stesura Progetto Educativo Individuale (PEI)	
	incontro per condivisione e sottoscrizione progetto con famiglia e minore/i	

(Tabella 16: azioni e strumenti della fase di AVVIO degli I.E.D.)

L'azione *incontro preliminare alla presenza degli operatori* interessati, seppur con le differenze di coinvolgimento degli operatori che rispecchiano i dati presentati nel *Grafico 15*, è presente nella quasi totalità delle risposte date. Solo in un caso (*questionario #8*) l'unica azione riportata nella fase di Avvio degli I.E.D. è *incontro preliminare con la famiglia*. Proprio il *coinvolgimento attivo della famiglia* nella fase di progettazione dell'I.E.D. appare essere un elemento di discriminare: meno della metà dei rispondenti infatti ne prevede il *coinvolgimento attivo* (31%) rispetto al 38% che contempla la famiglia nel momento di presentazione dell'educatore e di sottoscrizione del progetto.

Solo in un caso viene riportato che in caso di necessità è previsto il coinvolgimento del *Servizio di Neuropsichiatria e/o della psicologa di base* nella predisposizione del progetto.

Rispetto agli strumenti solo in un caso non sono previsti *modulistica o verbali* (*questionario #1*). In poco più della metà delle risposte date viene riportato lo strumento *progetto educativo* (si è scelto di utilizzare questa denominazione giudicandola, tra diverse denominazioni date, quella più rappresentativa), lo strumento *verbali incontri* (si è scelto di utilizzare questa denominazione giudicandola, tra diverse denominazioni date, quella più rappresentativa) è

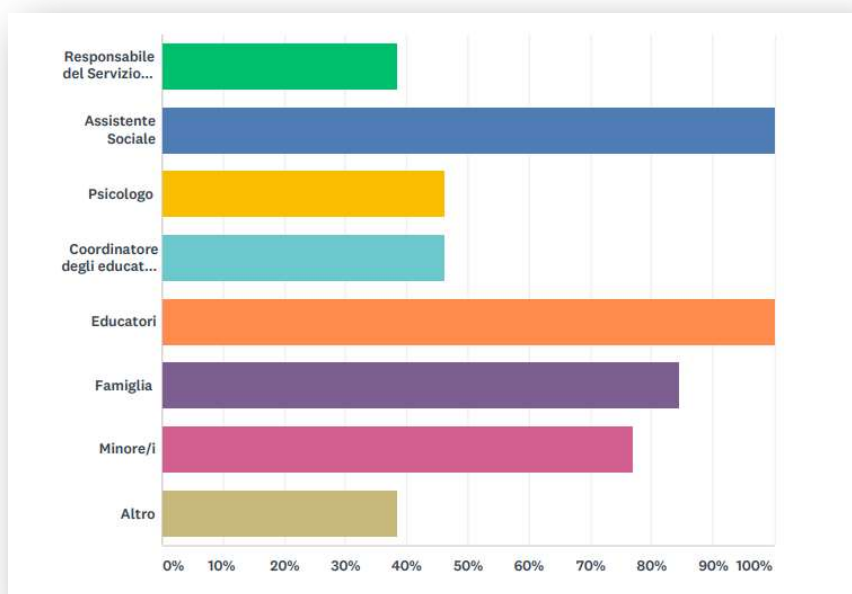
citato nella metà delle risposte. Vengono inoltre riportati: *modulistica per attivazione del servizio* (46% all'interno di questa denominazione sono stati inseriti anche le risposte: *autorizzazione trasporto e autodichiarazione alimentare*), *impegno di spesa* (8%), *scheda analisi dei bisogni* (8%), *scheda segnalazione* (8%).

FASE DI SVOLGIMENTO

Soggetti coinvolti nella fase di SVOLGIMENTO degli I.E.D.

Per quanto riguarda i soggetti coinvolti nella fase di svolgimento degli I.E.D., come rappresentato nel *Grafico 16*, gli *Assistenti Sociali* e gli *Educatori* sono sempre presenti (100%), seguono la *famiglia* con l'85% e il/i *minore/i* con il 77%. Lo *psicologo* e il *Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.* sono presenti nel 46% mentre sia *Responsabili del Servizio Sociale territoriale – Area Minori* che l'opzione di risposta *Altro* sono presenti nel 38% dei casi.

Rispetto alla risposta *Altro* sono specificati gli *altri soggetti della rete*: Neuropsichiatria Infantile (Neuropsichiatra Infantile e Psicologo), Scuole, Enti di formazione, Associazioni, spazi pubblici del territorio, Medici, FFOO e altri professionisti coinvolti.



(Grafico 16: soggetti coinvolti nella fase di SVOLGIMENTO degli I.E.D.)

Azioni e strumenti nella fase di SVOLGIMENTO degli I.E.D.

Prima di presentare l'analisi delle azioni e degli strumenti della fase di Svolgimento degli I.E.D. si condivide che poiché nelle risposte alla *domanda 29* del *questionario#11* è stata citata l'azione "definizione e condivisione del progetto educativo (A.S., educatore e famiglia)", azione che gli altri rispondenti hanno riportato tra le azioni della fase di Avvio degli I.E.D., si è deciso di considerare la risposta nella fase di Avvio degli I.E.D.. La medesima scelta è stata fatta per quanto riguarda la risposta alla *domanda 30* relativa agli strumenti della fase di Svolgimento degli I.E.D.: lo strumento *progetto educativo* è stato considerato nella fase di Avvio degli I.E.D..

Per quanto riguarda le azioni della fase di Svolgimento degli I.E.D. al di là delle differenze nella denominazione delle azioni e nei livelli di precisione di risposta è possibile rintracciare delle linee di tendenza e delle differenze sostanziali.

Si è deciso, come per l'analisi delle azioni e strumenti nella fase di Avvio degli I.E.D., di procedere riportando la tabella con le risposte date per intero da ciascun rispondente (*Tabella 17*) suddivise in azioni e strumenti.

Questionario	Azioni	Strumenti
#1	incontri di monitoraggio tra A.S. e operatori coinvolti	diario di bordo dell'educatore
	incontri di monitoraggio tra A.S. e famiglia	
#2	monitoraggio sull'andamento del progetto	verbale incontri
#3	incontri settimanali tra A.S. responsabile del caso e l'educatore	diario di bordo dell'A.S.
	incontri mensili con la famiglia	diario di bordo dell'educatore
	équipe mensile con Responsabile del Servizio, A.S. ed educatori	verbali incontri
#4	incontri periodici di verifica A.S., educatore e coordinatore	diario di bordo dell'educatore
	incontri di monitoraggio famiglia, A.S. ed educatore	
	momenti di scambio con la scuola	
#5	incontri di monitoraggio sull'andamento del progetto A.S., educatore	verbali incontri
	incontri di monitoraggio sull'andamento del progetto A.S. e famiglia	diario di bordo dell'educatore
#6	incontri di monitoraggio tra operatori (A.S., educatore, psicologo, ...)	diario di bordo dell'educatore
	incontri di monitoraggio con la famiglia e il minore	verbali incontri
		relazione di aggiornamento dell'I.E.D.
		Report

#7	verifica periodica in équipe con l'A.S. referente sull'andamento del progetto	verbali incontri
	monitoraggio di tutte le situazioni tra il referente del servizio e il coordinatore degli educatori	
	discussione in équipe nei momenti di criticità	
#8	Incontri	verbali incontri
	Monitoraggi	
#9	Realizzazione I.E.D con accessi settimanali/mensili presso il nucleo	progetto educativo
	incontri di monitoraggio e verifica del progetto (A.S., educatore, altri operatori)	verbale incontri
		relazione di aggiornamento dell'I.E.D.
		comunicazione e aggiornamento tramite posta elettronica
	incontri con utenza per verifica ed eventuali restituzioni	scheda attività
#10	realizzazione I.E.D	diario di bordo dell'educatore
	coordinamenti A.S. ed educatori	verbali incontri
	équipe con Servizi Sociali comunali	report
	incontri A.S., educatore e famiglia	
	incontri con soggetti in rete con la famiglia (scuola, settore sanitario, attività sportive, etc)	
	incontri A.S. ed educatore per monitoraggio obiettivi	
#11	definizione e condivisione del progetto educativo (A.S., educatore e famiglia)	progetto educativo
	incontri di monitoraggio con famiglie e A.S:	verbali incontri
	tenuta diario attività dell'educatore	diario di bordo dell'educatore
#12	avvio interventi socio educativi	scheda monitoraggio attività educative
	realizzazione azioni pianificate	autorizzazione famiglia minore iniziative
	schede trimestrali	relazione finale dell'I.E.D.
	incontri di verifica	scheda di valutazione dell'I.E.D.
	incontri semestrali	scheda di registrazione della documentazione interna del servizio educativo
	valutazione dell'I.E.D.	
	conclusione dell'I.E.D.	
#13	NR	NR
#14	incontri di monitoraggio e verifica presso il servizio o a domicilio con la famiglia e il minore	verbali incontri
	incontri di monitoraggio e verifica solo tra operatori	diario dell'educatore
		relazione di aggiornamento dell'I.E.D.

(Tabella 17: azioni e strumenti della fase di SVOLGIMENTO degli I.E.D.)

Le azioni di *incontro* e di *monitoraggio* caratterizzano la fase di Svolgimento degli I.E.D. di tutte le équipe rispondenti. Tendenzialmente tutte le équipe prevedono una fase di incontro tra gli operatori coinvolti con obiettivi di monitoraggio e di verifica degli I.E.D., a seguire nel 70%

dei casi si prevedono incontri con le famiglie, un coinvolgimento che risulta essere più del doppio di quello registrato in fase di Avvio degli I.E.D. (31%).

Rispetto a chi incontra le famiglie vengono specificate le professionalità interessate in meno della metà delle risposte: l'Assistente Sociale incontra la famiglia senza prevedere la presenza di altre professioni nel 23% dei casi mentre l'Educatore affianca l'Assistente Sociale nel 15% dei casi, nel restante 62% non viene specificato chi incontra la famiglia.

Il *coinvolgimento con altri soggetti della rete* è riportato solo nel 15% delle risposte (*questionario#4 e questionario#10*) non confermando il quadro dei destinatari della fase di Svolgimento degli I.E.D. sopra riportato nel quale la categoria *Altro (altri soggetti della rete)* si attestava sul 38% (si veda *Grafico 16*); i soggetti citati sono: *scuola, settore sanitario e attività sportive*.

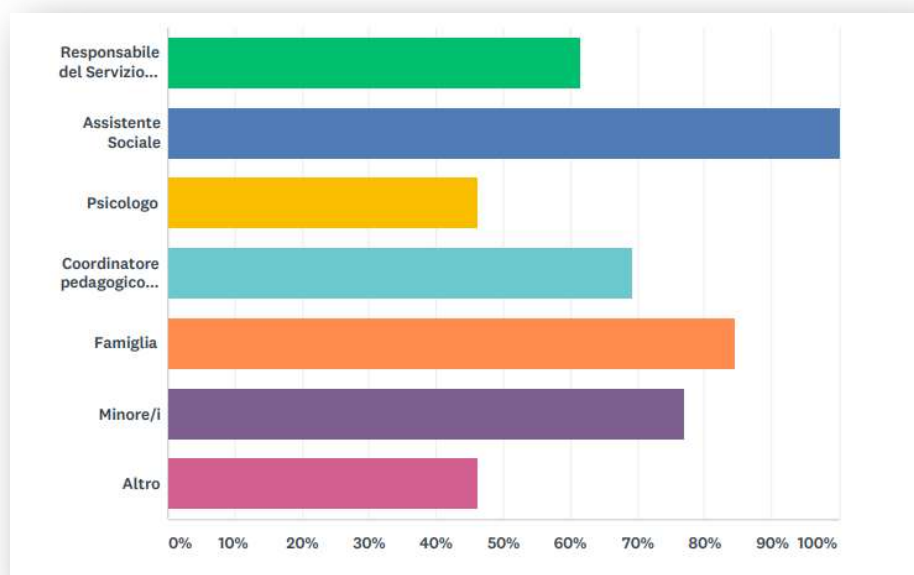
Rispetto agli strumenti i *verbali incontri* sono presenti nella maggior parte (79%) delle risposte date, il *diario di bordo dell'educatore* è riportato in più della metà delle risposte (54%) mentre il *diario di bordo dell'assistente sociale* viene riportato una sola volta (8%). La *relazione di aggiornamento dell'I.E.D.* è citata nel 23% delle risposte, il *report* nel 15%. Vengono inoltre citati: *scheda attività* (8%), *comunicazione e aggiornamento tramite posta elettronica* (8%), *scheda monitoraggio attività educative* (8%), *autorizzazione famiglia minore iniziative* (8%) e *scheda di registrazione della documentazione interna del servizio educativo* (8%).

FASE DI CONCLUSIONE

Soggetti coinvolti nella fase di CONCLUSIONE degli I.E.D.

Nella *domanda 31* relativa ai soggetti coinvolti nella fase di Conclusione degli I.E.D. si segnala un errore di scrittura: tra le opzioni di risposta è stata omessa l'opzione *educatore*, presente nelle *domande 25 e 28* e relative alle fasi di Avvio e di Svolgimento. A disposizione dei compilatori rimaneva comunque l'alternativa di risposta *Altro* nella quale era possibile specificare i soggetti coinvolti.

Per quanto riguarda i soggetti coinvolti nella fase di conclusione degli I.E.D., come rappresentato nel *Grafico 17*, gli *Assistenti Sociali* sono sempre presenti (100%), seguono la *famiglia* con l'85% e *il/i minore/i* con il 77%. Il *Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.* è presente nel 69% mentre i *Responsabili del Servizio Sociale territoriale – Area Minori* sono presenti nel 62% dei casi. Lo *psicologo* e l'opzione di risposta *altro* sono presenti nel 46% dei casi. Rispetto alla categoria *altro* è specificato: *educatore* (50%), *Neuropsichiatra Infantile* (17%) e *altri servizi* (33%).



(Grafico 17: soggetti coinvolti nella fase di CONCLUSIONE degli I.E.D.)

Azioni e strumenti nella fase di CONCLUSIONE degli I.E.D.

Per quanto riguarda le azioni della fase di Conclusione degli I.E.D. al di là delle differenze nella denominazione delle azioni e nei livelli di precisione di risposta è possibile rintracciare delle linee di tendenza.

Come per le fasi di Avvio e di Svolgimento degli I.E.D. si è deciso di procedere riportando la tabella con le risposte date da ciascun rispondente (*Tabella 18*) suddivisa in azioni e strumenti

Questionario	Azioni	Strumenti
#1	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
#2	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
	équipe multi professionali	
#3	incontro di verifica conclusivo tra operatori	diario A.S.
	incontro di verifica conclusivo con la famiglia	relazione finale
#4	incontro di verifica conclusivo con la famiglia	relazione finale dell'educatore
	incontro di verifica conclusivo tra operatori	
#5	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
	incontro di verifica conclusivo con la famiglia	
#6	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore

#7	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
	comunicazione della chiusura al referente del Servizio Sociale e al coordinatore degli educatori	
	restituzione alla famiglia	
#8	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
	incontro di verifica conclusivo con la famiglia	
#9	incontro di verifica conclusivo tra operatori	relazione finale dell'educatore
	incontro di chiusura e restituzione con il nucleo (A.S., educatore, famiglia, minore)	verbale di chiusura PEI
#10	incontro di verifica conclusivo tra operatori	verbali incontri
	accordi sulla stesura della relazione finale	relazione finale dell'educatore
	incontro di restituzione con la famiglia	
#11	restituzione alla famiglia	lettera di cessazione del servizio
	formalizzazione della cessazione del servizio	
#12	conclusione dell'I.E.D.	scheda di valutazione
	incontro di verifica conclusivo tra operatori	
	restituzione alla famiglia	
#13	NR	NR
#14	incontro di conclusione e restituzione alla famiglia e al minore	relazione finale dell'educatore
	redazione della relazione finale per l'A.G.	

(Tabella 18: azioni e strumenti della fase di CONCLUSIONE degli I.E.D.)

L'*incontro di verifica conclusivo tra operatori* è presente nella quasi totalità delle risposte date (85%), questa azione caratterizza da sola la fase di Conclusione degli I.E.D. in tre casi (*questionario #1, questionario #2 e questionario#6*) in cui non è previsto il coinvolgimento della famiglia.

La famiglia è coinvolta, in linea con le risposte alla domanda relativa ai soggetti coinvolti nella fase di Conclusione (*Grafico 17*), nel 77% dei casi (*incontro conclusivo con la famiglia e restituzione alla famiglia*).

Rispetto agli strumenti della fase di Conclusione degli I.E.D. la *relazione finale dell'educatore* è citata nella maggior parte delle risposte (84%). Vengono riportate: *diario A.S.* (8%), *verbale di chiusura PEI* (8%), *verbali incontri* (8%), *lettera di cessazione del servizio* (8%) e *scheda di valutazione* (8%).

Caratteristiche degli strumenti

Si segnala che a questa domanda mancano 2 risposte. Il totale delle risposte date alla *domanda 34* è 12 su 14.

Rispetto alle caratteristiche degli strumenti citati nelle fasi di Avvio, Svolgimento e Conclusione degli I.E.D. la totalità *contengono informazioni sulle attività previste ed esplicitano finalità e obiettivi educativi* (100%). La maggior parte (75%), come si vede dalla *Tabella 19*, *includono riferimenti a modalità di valutazione e ad altri interventi attivati a favore del minore e/o della sua famiglia*. Meno della metà degli strumenti sono *tratti (ed eventualmente riadattati) dalla letteratura* (42%).

OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
è tratto (ed eventualmente riadattato) dalla letteratura	41,67%	5
contiene informazioni sulle attività previste	100,00%	12
esplicita finalità e obiettivi educativi	100,00%	12
include riferimenti a modalità di valutazione	75,00%	9
include riferimenti ad altri interventi attivati a favore del minore e/o della sua famiglia	75,00%	9

(*Tabella 19*: caratteristiche degli strumenti delle fasi di AVVIO, SVOLGIMENTO e CONCLUSIONE degli I.E.D.)

4.2.7 Area di analisi degli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nelle fasce: 0-6 anni, 7- 12 anni, 13-18 anni e relazione finale

Destinatari e obiettivi degli I.E.D. forniscono delle informazioni utili a chiarire come il dispositivo degli I.E.D. venga interpretato dal soggetto richiedente l'attivazione.

Partendo dal presupposto che con il variare dell'età dei minori si modifichino destinatari e obiettivi verranno presentati i dati relativi agli I.E.D. attivati più recentemente a favore di minori in tre fasce d'età: prescolare (0-6 anni), scolare (7-12 anni) e adolescenza (13-18 anni).

Nel rispondere alle domande relative all'area di analisi degli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nelle fasce: 0-6 anni, 7- 12 anni, 13-18 anni si segnalano diversi errori²⁹ e imprecisioni dei compilatori.

²⁹ Gli errori sono relativi all'aver risposto in modo generale laddove la richiesta era ben specifica: nelle domande che vanno dalla *domanda 35* alla *domanda 43* la richiesta era infatti di rispondere facendo riferimento al più recente intervento educativo domiciliare attivato a favore di minori in tre fasce d'età

Ai fini della presentazione si è deciso di riportare per intero le risposte date (*Tabelle 33,35 e 37*).

INTERVENTO 1 - FASCIA 0-6 ANNI

Di seguito viene riportata la *Tabella 20* che riporta le risposte alle domande relative all'INTERVENTO 1 a favore di minori nella fascia 0-6 anni.

Questionario	Destinatari	Composizione nucleo familiare	Obiettivi
#1	Minore/i	nuclei mono genitoriali, bigenitoriali o famiglie allargate	supporto alla genitorialità e benessere del minore
#2	Minore/i	Genitore	supporto delle competenze genitoriali
	genitore/i		
#3	Minore/i	padre, madre e fratello	sostegno alla genitorialità
	genitore/i		sostegno educativo al minore
#4	Minore/i	padre, madre e 2 fratelli più grandi	vigilanza sulle condizioni di vita e di salute dei minori come prescritto dal TM
	genitore/i		sostegno alla genitorialità (soprattutto alla madre)
			monitoraggio della coppia genitoriale
#5	Minore/i	padre, madre e fratelli	recupero delle capacità genitoriali
	genitore/i		
#6	genitore/i	padre, madre e 3 fratelli	osservazione delle competenze genitoriali
	Famiglia		sostegno alla genitorialità
#7	genitore/i	padre, madre e sorella	supporto alla genitorialità nelle attività di cura dei minori
#8	Minore/i	NR	affiancamento e accompagnamento dei genitori e della famiglia
	Famiglia		
	genitore/i		
#9	Minore/i	Famiglia c/o genitori-parenti/nucleo mono genitoriale/famiglia affidataria/comunità-struttura	monitoraggio alla genitorialità
	genitore/i		sostegno alla genitorialità
			osservazione delle competenze genitoriali
#10	Minore/i	padre, madre e fratello affidatario	sostenere e affiancare la famiglia affidataria nell'accoglienza del bambino dopo l'allontanamento dalla madre
	genitore/i		gestione delle telefonate protette
	Famiglia affidataria		supervisione incontri protetti

specificandone destinatari, composizione del nucleo familiare dove il/i minore/i risiede/risiedono abitualmente e gli obiettivi perseguiti.

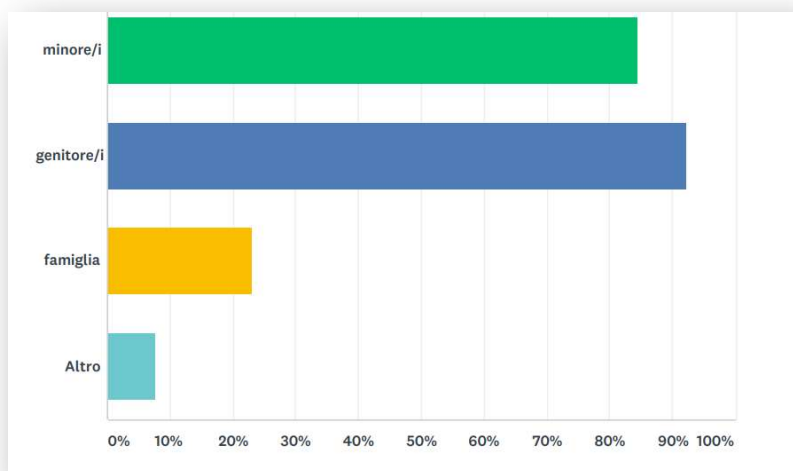
#11	Minore/i	padre, madre e un fratello	sostegno alla genitorialità
	genitore/i		
#12	Minore/i	padre e madre	osservazione relazione padre-figlio
	Famiglia		
	genitore/i		
#13	NR	NR	NR
#14	Minore/i	padre, madre e fratello	osservazione relazione madre-figlio
	genitore/i		attività educativo-pedagogiche incentrate sulla cura

(Tabella 20: risposte alle domande 35-36-37)

Destinatari

I destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 0-6 anni sono in prevalenza *i/il genitore/i* (92%), seguono *i minori* con l'85%.

In una risposta viene indicata la *famiglia affidataria* (Altro).



(Grafico 18: destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 0-6 anni)

Come si vede nella *Tabella 20* nell'85% delle risposte date i destinatari dell'I.E.D. sono sia *il/i genitore/i* che *il/i minore* (viene qui considerata anche la risposta *famiglia* scelta in 3 casi in combinazione con le altre due opzioni di risposta).

In un caso i destinatari sono unicamente *il/i genitore/i* (questionario#7) mentre in un altro caso (questionario#1) i destinatari sono solo *i minori*.

Composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede abitualmente

Rispetto a questa domanda si segnalano: due risposte errate e una mancata risposta.

Per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare in cui il/i minore/i risiede/risiedono abitualmente quasi tutti sono composti da *padre e madre* (90%), solo un nucleo è composto da un unico genitore.

Rispetto ai fratelli nella maggior parte hanno *un fratello o sorella* (50%), in due casi sono *figli unici* e in altri due casi hanno un numero di *fratelli uguale o superiore a due*.

In un caso non viene specificato il numero di fratelli.

Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che vengono maggiormente perseguiti negli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 0-6 anni riguardano le figure genitoriali (72%): l'obiettivo *sostegno alla genitorialità* è perseguito nel 48% e *l'osservazione e il monitoraggio* nel 24%.

Rispetto all'*osservazione e al monitoraggio* è significativo specificarne l'oggetto: in due interventi l'oggetto sono le *competenze genitoriali* (*questionario#6 e questionario#9*), in uno la *coppia genitoriale* (*questionario#4*) e in un altro la *relazione genitore-figlio* (*questionario#12*).

Gli obiettivi perseguiti che interessano i *minori* raggiungono un quinto degli obiettivi totali (19%), nella maggior parte degli interventi riguardano il *sostegno educativo al minore* (14%³⁰). In un intervento viene perseguito l'obiettivo: *vigilanza sulle condizioni di vita e di salute dei minori come prescritto dal TM* (*questionario#4*).

Nel *questionario#10* vengono perseguiti obiettivi derivanti dall'allontanamento del bambino dalla madre e dal collocamento in famiglia affidataria: *gestione delle telefonate protette e supervisione agli incontri protetti*.

INTERVENTO 2 - FASCIA 7-12

Di seguito viene riportata la *Tabella 21* che riporta le risposte alle domande relative all'intervento 2 a favore di minori nella fascia 7-12 anni.

³⁰ Viene qui incluso anche l'obiettivo del questionario#14 *attività educativo-pedagogiche incentrate sulla cura*

Questionario	Destinatari	Composizione nucleo familiare	Obiettivi
#1	Minore/i	errore di risposta	supporto alla genitorialità e benessere del minore
#2	Minore/i	Nonni	valutazione delle competenze del nucleo familiare
	genitore/i		supporto in attività di socializzazione
#3	Minore/i	padre, madre e sorella	sostegno alla genitorialità
	genitore/i		sostegno educativo al minore in particolare nella relazione con i pari
#4	Minore/i	mamma e due fratelli gemelli	sostegno scolastico
	genitore/i		solievo alla madre
			favorire la socializzazione e l'inserimento dei minori nel gruppo dei pari
#5	Minore/i	padre e madre separati e fratelli	superamento conflitto genitori
	genitore/i		
#6	genitore/i	madre, fratello, nonni materni	osservazione delle competenze genitoriali
	Minore/i		supporto e sostegno del minore nell'acquisizione delle autonomie personali
			sostegno alla genitorialità
#7	Minore/i	padre, madre e fratello	osservazione delle dinamiche familiari
	genitore/i		supporto al padre nella lettura corretta della relazione madre-bambina
			sostegno alla madre nella relazione conflittuale con la figlia primogenita
#8	Minore/i	NR	affiancamento e accompagnamento dei genitori e della famiglia
	Famiglia		
	genitore/i		
#9	Minore/i	Famiglia c/o genitori-parenti/nucleo mono genitoriale/famiglia affidataria/comunità-struttura	monitoraggio alla genitorialità
			sostegno allo svolgimento attività didattiche
			favorire lo sviluppo della relazione e della socializzazione
	genitore/i		sostegno alla genitorialità
			sostegno alle autonomie e allo sviluppo di nuove competenze
			incontri protetti/vigilati
	Famiglia		osservazione e monitoraggio delle dinamiche familiari

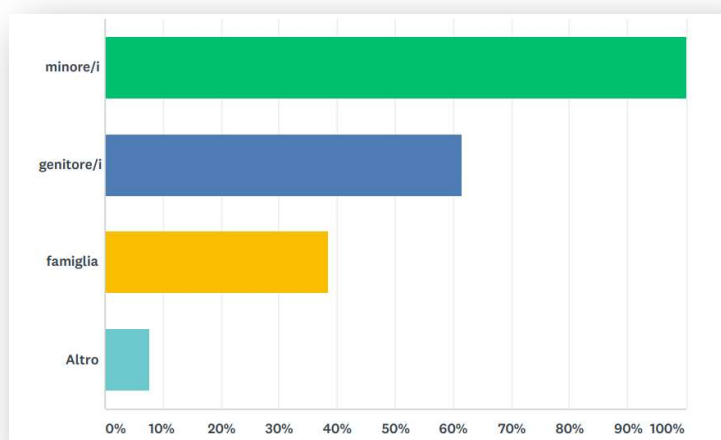
#10	Minore/i	padre, madre e 3 sorelle	osservazione (conoscenza, alimentazione, dinamiche relazionali familiari e rapporti con la scuola)
	genitore/i		inserimento in educativa di gruppo
	Famiglia		
#11	Minore/i	madre	supporto educativo volto al superamento di difficoltà relazionali e comportamentali
#12	Minore/i	padre	relazione padre figlio per una maggiore autonomia
	Famiglia		
	genitore/i		
#13	NR	NR	NR
#14	Minore/i	nonna materna	osservazione relazione nonna-minore
	nonna materna		controllo e monitoraggio attività extra scolastiche
			adeguatezza del contesto abitativo e familiare

(Tabella 21: risposte alle domande 38-39-40)

Destinatari

I destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 7-12 anni sono *il/i minore/i* con il 100%, seguono *il/i genitore/i* con il 62% e la famiglia con il 38% (si veda *Grafico 19*)

In una risposta viene indicata, tra i destinatari dell'I.E.D., con la risposta *Altro* la *nonna materna*.



(Grafico 19: destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 7-12 anni)

Come riportato nella *Tabella 21* nell'77% delle risposte date a essere destinatari dell'I.E.D. sono sia il/i *genitore/i* che il/i *minore* (viene qui considerata anche la risposta *famiglia* scelta in 4 casi in combinazione con le altre due opzioni).

In due casi i destinatari sono unicamente il/i *minore/i* (*questionario#1* e *questioanrio#11*) mentre in un altro caso (*questionario#14*) i destinatari sono solo il/i *minore/i* e la *nonna materna*.

Composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede abitualmente

Rispetto a questa domanda si segnalano: due risposte errate e una non risposta.

Per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare in cui il/i minore/i risiede/risiedono abitualmente nel 40% è composto da *padre e madre*, nel 30% da *un unico genitore*.

In due situazioni il nucleo è composto dai *nonni* (*questionario#2* e *questionario#14*) e in una è composto da *madre e nonni materni* (*questionario#6*).

Rispetto ai fratelli nella maggior parte sono *figli unici* (40%), hanno *un fratello o sorella* nel 30% e in due casi hanno un numero di *fratelli uguale o superiore a due* (20%).

In un caso non viene specificato il numero di fratelli.

Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che vengono maggiormente perseguiti negli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 7-12 anni interessano le figure genitoriali (67%).

Relativamente alle figure genitoriali gli obiettivi che vengono maggiormente perseguiti sono il *sostegno alla genitorialità* e l'*osservazione e monitoraggio* (29%). In una situazione viene perseguito l'obiettivo *solievo alla madre* (*questionario#4*) e in un'altra il *superamento del conflitto genitori* (*questionario#5*).

Rispetto all'*osservazione e al monitoraggio* la maggior parte delle osservazioni sono relative alle *dinamiche relazionali familiari ed extra familiari* (5 su 7), in un intervento l'oggetto dell'osservazione è l'*adeguatezza del contesto abitativo e familiare* e in un altro le *competenze genitoriali*.

Gli obiettivi perseguiti che interessano i *minori* sono esattamente la metà (33%) di quelli che interessano il/i *genitore/i* e per la maggior parte (4 su 8) sono relativi alla *socializzazione del minore*. Gli altri obiettivi perseguiti che riguardano i *minori* sono: il *sostegno scolastico* (*questionario#4*), il generico *benessere del/i minore/i* (*questionario#1*), il *supporto e sostegno del minore nell'acquisizione delle autonomie personali* (*questionario#6*) e il *supporto*

educativo volto al superamento delle difficoltà relazionali e comportamentali (questionario#11).

INTERVENTO 3 - FASCIA 13-18

Di seguito viene riportata la *Tabella 22* che riporta le risposte alle domande relative all'intervento 2 a favore di minori nella fascia 7-12 anni.

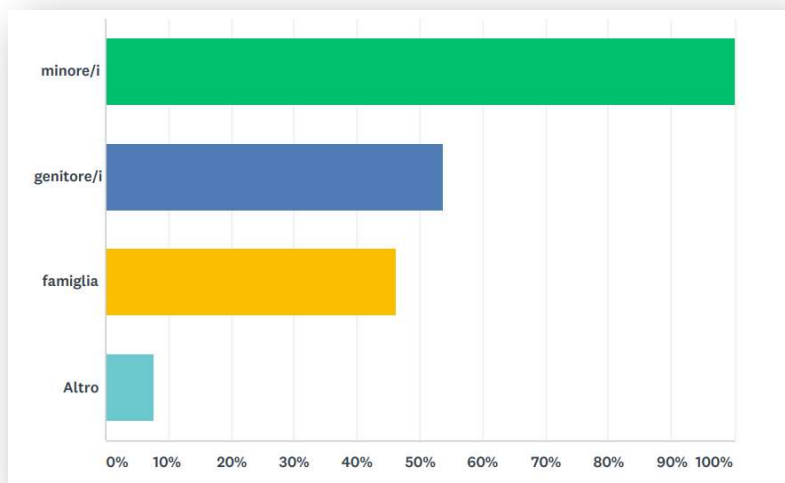
Questionario	Destinatari	Composizione nucleo familiare	Obiettivi
#1	Minore/i	errore di risposta	supporto alla genitorialità e benessere del minore
#2	Minore/i	padre e madre	socializzazione extra familiare
	genitore/i		
#3	Minore/i	madre e fratello minore	sostegno educativo al minore disabile
			mantenimento delle autonomie
#4	Minore/i	padre, madre, fratello maggiore e due fratelli più piccoli	sollevio ai genitori nella cura del ragazzo
	genitore/i		favorire l'inserimento del minore in contesti di socializzazione
	Famiglia		
#5	Minore/i	padre e madre separati e fratelli	superamento conflitto genitori
	genitore/i		superamento conflitto genitori-figli
#6	Minore/i	madre e fratello	supporto e sostegno del minore nell'acquisizione delle autonomie personali
			sostegno nella costituzione di maggiore autostima
#7	Minore/i	padre, madre e sorella	supportare la famiglia e la minore nel diabete della minore
	genitore/i		accompagnare la minore ai controlli periodici
	Ospedale		
#8	Minore/i	NR	sostegno dell'adolescente e della famiglia
	genitore/i		
#9	Minore/i	famiglia c/o genitori, parenti, nuclei monogenitoriali, famiglia affidataria, comunità-struttura	evitare situazioni di ritiro sociale o abbandono scolastico
			favorire e sostenere processi di socializzazione
			sostegno allo svolgimento delle attività didattiche

	Famiglia		favorire interventi di prevenzione di comportamenti a rischio e riduzione del danno
			sviluppare collaborazioni con NPI nel caso di minori con diagnosi comprovate
			sostenere il minore nel processo di crescita e nelle autonomie
			sostenere il minore nelle relazioni familiari, con i coetanei e con le istituzioni
#10	Minore/i	madre e fratello	conoscenza e inserimento centri di aggregazione territoriale (centro giovani, biblioteca, sport)
	genitore/i		aiuto compiti
	Famiglia		individuazione attività lavorativa e/o volontariato
#11	genitore/i	padre e madre	favorire la socializzazione
	Minore/i		superare le difficoltà comportamentali
#12	Minore/i	madre e 2 fratelli	supporto compiti educativi per difficoltà nella gestione delle dinamiche comunicative e relazionali
	Famiglia		
	genitore/i		
#13	NR	NR	NR
#14	Minore/i	padre, madre e fratello	sostegno attività scolastiche
			accompagnamento attività extra scolastiche per socializzazione
	Famiglia		attività esterne per evitare il ritiro sociale

(Tabella 22: risposte alle domande 41-42-43)

Destinatari

I destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 13-18 anni sono sempre *il/i minore/i* con il 100%, seguono con poco più della metà *il/i genitore/i* (54%). La *famiglia* è destinataria dell'intervento nel 46% degli interventi.



(Grafico 20: destinatari degli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 13-18 anni)

Come si vede nella *Tabella 22* nel 23% delle risposte *minore/i* è l'unico destinatario. Nel 46% vengono indicati *minore/i* e *genitore/i* mentre nel 31% viene scelta la combinazione *minore/i* e *famiglia*.

In un'occasione è scelta la categoria di risposta *Altro* con la specificazione di *ospedale* (*questionario#7*).

Composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede abitualmente

Rispetto a questa domanda si segnalano: due risposte errate e una non risposta.

Per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare in cui il/i minore/i risiede/risiedono abitualmente nel 60% è composto da *padre e madre*, nel restante 40% si tratta di nucleo monogenitoriale con esclusività della figura materna.

Rispetto ai fratelli nella maggior parte (50%) è presente *un solo fratello o sorella*, segue con il 30% un numero di *fratelli uguale o superiore a due* e il restante 20% si tratta di figli unici.

Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che vengono maggiormente perseguiti negli I.E.D. attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale a favore di minori nella fascia d'età 13-18 anni interessano i *minori* (79%). Gli obiettivi riportati sono molteplici: quello maggiormente perseguito (5 su 19) è relativo alla *socializzazione extra familiare*, in due situazioni (*questionario#6* e *questionario#3*)

riguarda il *sostegno del minore nell'acquisizione delle autonomie personali* e in altre due (*questionario#10 e questionario#14*) *l'aiuto nello svolgimento dei compiti scolastici*.

Gli altri obiettivi perseguiti vanno da obiettivi generici come il *benessere del minore* e il *sostegno dell'adolescente* a situazioni specifiche di problematiche di salute del minore (*supporto al minore nel diabete e accompagnamento ai controlli periodici*), disabilità del minore (*sostegno educativo al minore disabile*), conflittualità intrafamiliari (*superamento conflitto genitori-figli*), difficoltà comportamentali, di comunicazione e di relazione (*superare le difficoltà comportamentali e supporto compiti evolutivi per difficoltà nella gestione delle dinamiche comunicative e relazioni*) e individuazione attività lavorativa e/o volontariato.

Gli obiettivi che interessano i *genitori* sono una piccola parte (21%) e vanno soprattutto nella direzione del *supporto alla genitorialità* (3 su 5). Gli altri obiettivi relativi ai genitori sono: il *superamento del conflitto tra i genitori* (*questionario#5*) e il *solievo nella cura del ragazzo* (*questionario#4*).

Caratteristiche della relazione finale degli I.E.D. redatta dagli educatori

Per quanto concerne la relazione finale degli I.E.D. redatta dagli educatori la caratteristica principale, individuata dai rispondenti, è il *riportare episodi significativi ai fini della valutazione e della comprensione della situazione* (85%) segue con il 62% il *riportare in modo dettagliato elementi della quotidianità* e la *proposta di modifiche e/o integrazioni progettuali* (54%).

Meno della metà dei rispondenti attribuisce alla relazione finale degli I.E.D. redatta dagli educatori la caratteristica *vengono riportate valutazioni dell'educatore* (46%) e il 38% sostiene che le relazioni abbiano *caratteristiche diverse a seconda di chi la redige*.

Rispetto all'opzione di risposta *Altro* (8%) è specificato: *descrizione degli elementi raccolti tramite le osservazioni (dinamiche familiari, fatti salienti, etc.), descrizione del minore, descrizione del contesto familiare, definizione degli obiettivi perseguiti raggiunti e non*.

OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
vengono riportati in modo dettagliato elementi della quotidianità	61,54%	8
vengono riportate valutazioni dell'educatore	46,15%	6
vengono proposte modifiche e/o integrazioni progettuali	53,85%	7
vengono riportati episodi significativi ai fini della valutazione e della comprensione della situazione	84,62%	11
le relazioni hanno caratteristiche diverse a seconda di chi la redige	38,46%	5
Altro	7,69%	1
Totale rispondenti: 13		

(Tabella 23: caratteristiche relazione finale degli I.E.D. redatta dagli educatori)

4.2.8 Area dei bisogni del Servizio Sociale territoriale nell'ambito degli interventi educativi domiciliari

Coerentemente con l'obiettivo generale della ricerca l'ultima parte del questionario è centrata sui bisogni del Servizio Sociale territoriale nell'ambito degli I.E.D. al fine di raccogliere informazioni utili a orientare le politiche e le realizzazioni a livello regionale.

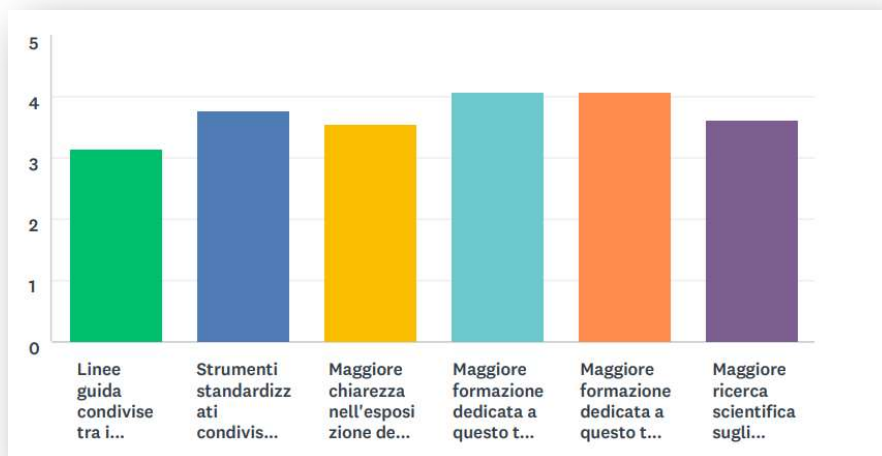
I bisogni espressi dai Servizi Sociali territoriali in materia di I.E.D. vanno nella direzione della *maggior formazione dedicata* con una particolare attenzione alla *formazione trasversale ai vari operatori* (Assistenti Sociali, educatori, Giudici, etc.).

Seguono il bisogno di *strumenti standardizzati condivisi tra i diversi Servizi (Servizio Sociale territoriale, Neuropsichiatria Infantile, Tribunale per i Minorenni, etc)* e *maggior ricerca scientifica sugli I.E.D. e la loro efficacia*.

Tra i bisogni espressi dai Servizi Sociali territoriali quelli che ottengono punteggi più bassi, rimanendo comunque su livelli medio-alti, sono: *maggior chiarezza nell'esposizione degli obiettivi dell'intervento da parte del soggetto richiedente l'attivazione* e *linee guida condivise tra i diversi soggetti coinvolti nell'attivazione di I.E.D.*.

	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	MOTLISSIMO	TOTALE	MEDIA PONDERATA
Linee guida condivise tra i diversi soggetti coinvolti nell'attivazione di I.E.D.	0,00% 0	23,08% 3	46,15% 6	23,08% 3	7,69% 1	13	3,15
Strumenti standardizzati condivisi tra i diversi Servizi (Servizio Sociale territoriale, Neuropsichiatria Infantile, Tribunale per i Minorenni, etc)	0,00% 0	15,38% 2	15,38% 2	46,15% 6	23,08% 3	13	3,77
Maggiore chiarezza nell'esposizione degli obiettivi dell'intervento da parte del soggetto richiedente l'attivazione	0,00% 0	15,38% 2	30,77% 4	38,46% 5	15,38% 2	13	3,54
Maggiore formazione dedicata a questo tipo di intervento	0,00% 0	7,69% 1	15,38% 2	38,46% 5	38,46% 5	13	4,08
Maggiore formazione dedicata a questo tipo di intervento trasversale ai vari operatori (Assistenti Sociali, educatori, Giudici, etc)	0,00% 0	0,00% 0	30,77% 4	30,77% 4	38,46% 5	13	4,08
Maggiore ricerca scientifica sugli I.E.D. e la loro efficacia	0,00% 0	7,69% 1	38,46% 5	38,46% 5	15,38% 2	13	3,62

(Tabella 24: bisogni del Servizio Sociale territoriale nell'ambito degli I.E.D.)



(Grafico 21: bisogni del Servizio Sociale territoriale nell'ambito degli I.E.D.)

CAPITOLO QUINTO

Discussione dei dati

5.1 Perché così pochi?

Il primo aspetto oggetto di riflessione è stata la scarsa partecipazione alla ricerca: ci si è interrogati su che cosa potesse aver condizionato questa scarsa adesione a un questionario costruito ad hoc su un lavoro che coinvolge direttamente gli intervistati. Nei contesti dei Servizi Sociali territoriali e specialmente nell'Area Minori probabilmente non esistono periodi più o meno densi di lavoro: le risorse umane ed economiche sempre più stringenti rendono qualsiasi periodo dell'anno potenzialmente sfavorevole alla partecipazione a una indagine. Il periodo estivo di distribuzione può aver ostacolato la compilazione del questionario sulla base di un sovraccarico di lavoro al termine del periodo scolastico e l'impattare con il periodo di ferie dei lavoratori. È altresì vero che il tema oggetto dell'indagine è un importante segmento del lavoro in ambito socioeducativo, una pratica sempre più diffusa sulla quale è impellente il bisogno di fare ricerca. Rispetto inoltre alle caratteristiche del questionario si è posta particolare attenzione sia a renderlo facilmente fruibile ai rispondenti (invio in anteprima del questionario in formato *pdf* e compilazione con modalità online) sia con tempi di compilazione contenuti (tempo previsto per la compilazione: meno di venti minuti).

Presi in considerazione tutti questi aspetti concreti che possono aver inciso sulla carenza delle risposte poiché il divario tra il numero di questionari distribuiti e raccolti è davvero molto elevato si avanza l'ipotesi che, per quanto la valutazione degli esiti del lavoro sociale sia un imperativo sostenuto da tutta la letteratura scientifica, la condizione di essere valutati possa essere una condizione inibente alla partecipazione a una ricerca nella quale il lavoro degli operatori viene valutato. L'ipotesi che si avanza è che la valutazione sia un aspetto del lavoro degli Operatori che crea conflittualità, un aspetto poco apprezzato e ancora non considerato parte del lavoro stesso.

Nonostante il numero limitato di risposte ricevute al questionario *Gli interventi educativi domiciliari nella Regione Emilia-Romagna* (meno di un terzo della popolazione di riferimento)³¹ si cercherà di dare risposta agli interrogativi che hanno guidato l'indagine con

³¹ Su una popolazione di riferimento composta dai Responsabili di 61 Servizi Sociali territoriali – Area Minori indicati dall'Ufficio regionale competente hanno risposto al questionario in 14 (23 %), meno di un terzo

l'obiettivo generale di fornire informazioni utili a orientare le politiche e le realizzazioni a livello regionale.

Alla discussione dei dati, laddove siano pertinenti, verranno aggiunti parti delle interviste che sono state proposte ai giudici onorari minorili con lo scopo di comprendere come gli *Interventi Educativi Domiciliari* vengano interpretati anche nel contesto del Tribunale per i Minorenni per la Regione Emilia-Romagna. Forte resistenza a partecipare si riscontra anche nel contesto del Tribunale per i Minorenni di Bologna, dove dopo l'adesione formale all'indagine da parte del Presidente si è registrata una bassissima partecipazione dei giudici (4 sul totale di 26 giudici onorari e 0 su 5 giudici togati) alle interviste. Questa forte resistenza non trova conferma nelle parole dei partecipanti alle interviste che giudicano il tema della ricerca di grande rilevanza. In particolare, un intervistato afferma come sia "importante fare ricerca e approfondire con tutti gli strumenti possibili il ruolo dell'educatore all'interno della tutela minori e soprattutto all'interno di un intervento specifico come l'educativa domiciliare". All'unisono i giudici affermano che fare ricerca su questa specifica tematica sia necessario per giungere alla definizione di linee guida che possano orientare tutti gli operatori che si occupano di I.E.D.

5.2 Primo interrogativo: come il dispositivo degli *interventi educativi domiciliari* viene interpretato dai Servizi Sociali territoriali nella Regione Emilia-Romagna?

In un'azione tesa a comprendere l'interpretazione del dispositivo degli *Interventi Educativi Domiciliari* da parte dei diversi soggetti istituzionali della Regione Emilia-Romagna l'indagine è stata avviata con una focalizzazione nel contesto dei Servizi Sociali territoriali ritenendo questi ultimi i principali soggetti richiedenti l'attivazione degli I.E.D. Tale scelta è stata confermata dalle risposte ottenute dal questionario: i Servizi Sociali territoriali procederebbero infatti alla richiesta dell'attivazione degli I.E.D. *sempre* nell'80% e *spesso* nel 20% delle risposte date.

Dalla ricerca bibliografica emerge che nel panorama italiano esistono una molteplicità di denominazioni degli I.E.D., tale eterogeneità sarebbe presente anche nel contesto della Regione

del totale. Il numero di questionari ricevuto è stato di 19, si è proceduto con l'eliminazione di 5 di essi in quanto la compilazione risultava essere molto incompleta e non significativa ai fini della ricerca

Emilia-Romagna³². Su un totale di 14 risposte date³³ al questionario 9 sono le diverse denominazioni utilizzate nel contesto regionale con una prevalenza del termine *Intervento educativo domiciliare* (29%). Nessuno dei rispondenti utilizza la terminologia del glossario SISAM (Sistema informativo socioassistenziale minori a disposizione dall'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna per raccogliere i dati e le informazioni sui minori e le loro famiglie³⁴) dimostrando la necessità di rivedere il glossario e di mettere in discussione i dati raccolti nel tempo relativi a questa tipologia di intervento.

Per quanto concerne la terminologia utilizzata appare necessario soffermarsi su alcuni aspetti rilevanti: se il termine *domiciliare* è presente in quasi la totalità delle denominazioni³⁵ evidenziando quindi che la caratteristica peculiare di questa tipologia di intervento è proprio l'aspetto della domiciliarità, il termine *educativo* (utilizzato nell'86% delle risposte date) ne specifica il tipo di approccio e riconosce nella figura dell'educatore la professionalità adatta a svolgere tale compito. In una parte delle terminologie utilizzate (circa un quinto) si ritrova un retaggio dell'approccio assistenziale che trova le sue origini da un lato nella pratica della domiciliarità caratterizzante i servizi sanitari e socioassistenziali e dall'altro nell'avvio delle prime esperienze di educative domiciliari a partire dalla metà degli anni '80 del secolo scorso (Janssen, 2002). Quelle prime esperienze avviate in maniera piuttosto spontanea e circoscritta ad alcuni territori avevano denominazioni come: *Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa* – SADE (1987-1988 a Pavia) e, proprio in territorio della Regione Emilia-Romagna, *Assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori* -ADOPEM (anni '80 del secolo scorso - Servizio Sociale e USL 22 di San Lazzaro di Savena, Bologna). Si segnala, a tal proposito, che la terminologia

³² Le denominazioni risultano essere variegata e cambiano da territorio a territorio e, a volte, da esperienza a esperienza (esempi di denominazioni: *educativa domiciliare*, *educativa individuale*, *educativa territoriale*, *supporto educativo domiciliare*, *assistenza domiciliare psico-educativa*, *assistenza domiciliare educativa*, *assistenza domiciliare a minori*, *assistenza educativa domiciliare a famiglie con minori*, etc). Le diverse denominazioni sottolineano la ricerca di termini volti a definire con maggiore specificità l'intervento e le modalità di realizzazione dello stesso, ponendo l'accento ora sulle azioni da svolgere con il minore, ora sulle azioni da svolgere con i genitori, ora sul territorio, ora sul domicilio.

³³ Alla domanda dell'Area terminologica e generale degli interventi educativi domiciliari – Denominazioni degli Interventi Educativi Domiciliari – domanda 5

³⁴ Il glossario di SISAM riporta, tra gli *interventi educativi, scuola e tempo libero* le seguenti voci: *Intervento educativo individuale* e *Intervento educativo individuale domiciliare*. La definizione del primo risulta essere: "Intervento di sostegno individuale destinato a soggetti in difficoltà o a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogato in luoghi diversi dal domicilio del bambino/ragazzo", mentre per il secondo: "Intervento di sostegno individuale destinato a soggetti in difficoltà o a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogato a domicilio".

³⁵ Fatta eccezione per un solo caso nel quale si utilizza la denominazione *Interventi educativi minori*

Assistenza domiciliare educativa viene utilizzata quasi esclusivamente nella Provincia di Bologna e in particolare nel territorio comunale di Bologna.

Nel contesto del Tribunale per i Minorenni di Bologna, pur a conoscenza dell'eterogeneità delle terminologie all'interno dei diversi Servizi Sociali territoriali, la denominazione che sembra essere utilizzata quasi esclusivamente è *Interventi Educativi Domiciliari*. In un'intervista un giudice afferma come "la definizione più corretta sia intervento educativo domiciliare in quanto intervento volto a favorire dei cambiamenti, non si tratta solo di un intervento osservativo e valutativo ma di un intervento educativo".

Nei contesti dei Servizi Sociali territoriali rispondenti all'indagine l'équipe di lavoro che si occupa di I.E.D. risulta essere composta in prevalenza da *Assistenti Sociali* ed *Educatori* (sempre presenti 14 volte su 14). Seguono gli *Psicologi* (presenti in 8 équipe su 14) e i *Pedagogisti* (presenti in 5 équipe su 14).

Il profilo tracciato dai rispondenti al questionario descrive gli educatori che si occupano di I.E.D. in un'età compresa prevalentemente tra i 31 e 39 anni, appartenenti al Privato sociale, con un'esperienza nell'ambito degli I.E.D. superiore a 3 anni, in possesso di Laurea triennale e Magistrale e con una formazione specifica nell'ambito degli I.E.D. Rispetto alla formazione specifica, promossa in prevalenza dal Comune e con una durata inferiore alle 24 h, i contenuti spazierebbero dalle tematiche relative all'Adolescenza e al lavoro educativo fino a quelle relative alle tecniche di intervento, il trauma e gli aspetti giuridici. Si segnala che in due équipe gli educatori avrebbero svolto formazioni che afferiscono al Progetto PIPPI. Rispetto allo spaccato del 2007 sulle professionalità e sulla formazione degli operatori dei Servizi Sociali territoriali nella Regione Emilia-Romagna sintetizzato nel documento della Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio per l'Infanzia e l'adolescenza, "Lavorare per bambini e ragazzi nei servizi sociali territoriali" si assiste, per quanto riguarda la figura professionale degli educatori, a un importante cambiamento in linea con le recenti riforme legislative³⁶ che

³⁶ LEGGE 205, Comma 594-601 in vigore dal 1.1.2018

594. L'educatore professionale socio-pedagogico e il pedagogo operano nell'ambito educativo, formativo e pedagogico, in rapporto a qualsiasi attività svolta in modo formale, non formale e informale, nelle varie fasi della vita, in una prospettiva di crescita personale e sociale, secondo le definizioni contenute nell'articolo 2 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13, perseguendo gli obiettivi della Strategia europea deliberata dal Consiglio europeo di Lisbona del 23 e 24 marzo 2000. Le figure professionali indicate al primo periodo operano nei servizi e nei presidi socio-educativi e socio-assistenziali, nei confronti di persone di ogni età, prioritariamente nei seguenti ambiti: educativo e formativo; scolastico; socio-assistenziale, limitatamente agli aspetti socio-educativi; della genitorialità e della famiglia; culturale; giudiziario; ambientale; sportivo e motorio; dell'integrazione e della cooperazione internazionale. Ai sensi della legge 14 gennaio 2013, n. 4, le professioni

prevedono il riconoscimento della qualifica di educatore professionale socio-pedagogico con il titolo di Laurea. Se nel Gennaio 2007 solo il 9,6% degli educatori era in possesso di una *laurea specifica* la maggior parte degli educatori delle équipes rispondenti al questionario risulta essere in possesso di Laurea triennale e Magistrale.

Le voci del Tribunale per i Minorenni di Bologna raccontano come “necessaria”, “fondamentale”, “importante” sia la formazione in prevalenza per gli educatori che si occupano di I.E.D. ma non solo, “per tutti e a tutti i livelli”. La formazione dovrebbe, secondo la maggior parte dei giudici intervistati, essere relativa al “saper essere, al saper fare e al saper stare in un contesto specifico come quello della famiglia e all’interno di una relazione tra professionisti”. In particolare, rispetto alla questione del lavoro di équipes, viene sottolineata più volte l’importanza, ai fini del perseguimento degli obiettivi generali degli interventi in ambito socioeducativo, di “sapere cosa è di competenza dell’educatore”. In un’intervista un giudice definisce rischioso il “non riconoscimento del lavoro educativo” sintetizzando, nel suo racconto, con la “metafora del corpo” il lavoro in ambito socioeducativo: “le mani sono l’educatore, la testa è lo Psicologo e il cuore è l’Assistente Sociale. Non deve essere frammentato questo corpo, se così fosse le parti non riuscirebbero a relazionarsi e comunicherebbero cose differenti con delle aspettative che possono essere controproducenti e non tutelanti nei confronti dei minori”.

Nella realizzazione degli I.E.D. il coordinamento è “snodo nevralgico” (Regolisiosi, Scaratti, 2002) non solo nella tipica funzione organizzativa e di integrazione delle diverse risorse ma in particolare nella gestione delle dinamiche espresse dagli operatori a fronte delle situazioni incontrate e nel favorire letture e ipotesi di intervento. L’esposizione alla fatica e ai costi emotivo-affettivi del lavoro educativo nei contesti socioeducativi richiede che vengano ripresi, elaborati e ricomposti dal coordinatore gli elementi di frammentazione, parzialità, delusione e

di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista sono comprese nell'ambito delle professioni non organizzate in ordini o collegi.

595. La qualifica di educatore professionale socio-pedagogico è attribuita con laurea L19 e ai sensi delle disposizioni del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65. La qualifica di pedagogista è attribuita a seguito del rilascio di un diploma di laurea abilitante nelle classi di laurea magistrale LM-50 Programmazione e gestione dei servizi educativi, LM-57 Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua, LM-85 Scienze pedagogiche o LM-93 Teorie e metodologie dell'e-learning e della media education. Le spese derivanti dallo svolgimento dell'esame previsto ai fini del rilascio del diploma di laurea abilitante sono poste integralmente a carico dei partecipanti con le modalità stabilite dalle università interessate. La formazione universitaria dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogista è funzionale al raggiungimento di idonee conoscenze, abilità e competenze educative rispettivamente del livello 6 e del livello 7 del Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente, di cui alla raccomandazione 2017/C 189/03 del Consiglio, del 22 maggio 2017, ai cui fini il pedagogista è un professionista di livello apicale

fallimento spesso ricorrenti nell'esperienza lavorativa (Mastropasqua, Scaratti, 1998). In prevalenza, nelle équipes rispondenti all'indagine, il ruolo di coordinamento degli educatori che si occupano di I.E.D. è ricoperto dal Coordinatore Pedagogico. Il coordinatore ha in possesso perlopiù una laurea in Pedagogia³⁷, ha un'età quasi sempre superiore ai 31 anni, con una prevalenza tra i 31 e 49 anni e ha più di 5 anni di esperienza nell'ambito degli I.E.D., fa parte del Privato sociale e ha una formazione specifica.

Gli incontri di équipes degli educatori che si occupano di I.E.D. hanno una frequenza non uniforme³⁸ anche se le cadenze quindicinale e settimanale coprono per metà le risposte date. Gli incontri di équipes risultano essere in prevalenza aperti alla riflessione e al confronto tra colleghi interni e orientati alla progettazione funzionale.

Nella maggior parte delle équipes rispondenti viene garantita una qualche forma di supervisione agli educatori che si occupano di I.E.D., sia essa individuale, di gruppo o combinata, permane altresì circa un terzo dei rispondenti per i quali non è prevista alcuna forma di supervisione.

Nel tentativo di rispondere alla domanda di ricerca relativa all'interpretazione degli I.E.D. nei Servizi Sociali territoriali la discussione proseguirà attraverso l'analisi di destinatari e obiettivi degli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente dal Servizio Sociale territoriale. Al variare dell'età dei minori³⁹ variano sia i destinatari che gli obiettivi degli interventi: nello specifico nella fascia d'età 0-6 anni i destinatari sono in prevalenza il/i genitore/i (92%), tale percentuale si abbassa all'aumento dell'età dei minori passando al 62% nella fascia 7-12 anni e arrivando a poco più della metà nella fascia 13-18 anni (54%). Al decrescere della percentuale relativa ai genitori come destinatari di I.E.D., segue l'aumento di quella del/i minore/i che dall'85% nella fascia 0-6 anni passa al 100% nelle fasce 7-12 e 13-18 anni. Parallelamente il destinatario la famiglia tende ad aumentare con l'aumento dell'età dei minori passando dal 23% della fascia dei più piccoli al 46% della fascia dei più grandi.

Gli obiettivi perseguiti con gli I.E.D. seguono l'andamento sopra riportato relativo ai destinatari: all'aumento dell'età dei minori corrisponde una diminuzione degli obiettivi che riguardano le figure genitoriali (dal 72% nella fascia 0-6 anni al 21% nella fascia 13-18 anni) e un aumento di quelli relativi ai minori (dal 19% nella fascia 0-6 anni al 79% nella fascia 13-18

³⁷ In circa un terzo delle équipes il professionista che si occupa del coordinamento ha una laurea in Servizio Sociale.

³⁸ Frequenze: *cadenza quindicinale* (29%) seguono con il 21% la frequenza *settimanale* e *periodica*. L'opzione di risposta a *cadenza mensile* ottiene il 14% mentre *ogni 3 settimane* il 7%.

³⁹ Le domande relative a questa area di ricerca sono state impostate con tre focus relativi a tre fasce d'età (0-6 anni - prescolare, 7-12 anni - scolare e 13-18 anni - adolescenza).

anni). Un'attenzione specifica meritano le tipologie di obiettivi perseguiti: rispetto agli obiettivi che riguardano i genitori il *sostegno alla genitorialità* si abbassa dal 48% nella fascia 0-6 anni al 29% nella fascia 7-12 anni fino al 13% nella fascia 13-18 anni mentre *l'osservazione e il monitoraggio* perseguiti nella fascia 0-6 anni nel 24% hanno un lieve incremento nella fascia 7-12 anni (29%) per poi essere totalmente assenti nella fascia dei più grandi.

Le tipologie di obiettivi perseguiti a favore dei minori mutano inevitabilmente con l'aumento dell'età dei minori: a obiettivi generici relativi al sostegno educativo e alla vigilanza sulle condizioni di vita e di salute⁴⁰ si vanno ad aggiungere obiettivi specifici all'età del minore come la socializzazione⁴¹, il sostegno nell'acquisizione delle autonomie personali, il sostegno scolastico e obiettivi relativi a difficoltà comportamentali, di comunicazione e di relazione.

Il quadro degli I.E.D. che emerge è che si sostengono e si osservano/monitorano i genitori quando i bambini sono molto piccoli (età prescolare e scolare) mentre si interviene quasi esclusivamente in risposta ai bisogni dei minori presenti nella famiglia quando sono adolescenti. Il sostegno alle figure genitoriali, centrale nei primi anni di vita del bambino, sfuma quasi totalmente in adolescenza quando il focus degli interventi è polarizzato sui minori e sui loro compiti di sviluppo⁴².

Una questione che rimane aperta e che necessiterebbe di essere approfondita è relativa alla *famiglia*: i rispondenti al questionario riportano la famiglia tra i destinatari degli I.E.D. ma non la citano negli obiettivi.

Nel corso delle interviste ai giudici emerge come il Tribunale per i Minorenni definisca obiettivi generici specificati poi dalle équipe sociali territoriali competenti. Gli obiettivi generici degli I.E.D. identificati dai giudici sono relativi a: osservazione, valutazione e modificabilità delle situazioni. In un'intervista un giudice specifica come "l'intervento deve essere prognostico,

⁴⁰ Perseguiti rispettivamente nel 14% e nel 5% nella fascia 0-6 anni

⁴¹ fascia 7-12 anni 17% e fascia 13-18 anni 21%

⁴² COMPITI DI SVILUPPO IN ADOLESCENZA (Havighurst, 1952):

- instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi; • acquisire un ruolo sociale maschile o femminile; • accettare il proprio corpo ed usarlo in modo efficace; • conseguire indipendenza emotiva da genitori e altri adulti; • raggiungere la sicurezza di indipendenza economica; • orientarsi verso e prepararsi per un'occupazione o una professione; • prepararsi al matrimonio e alla vita familiare; • sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civica; • desiderare e acquisire un comportamento socialmente responsabile; • acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

Classificazione compiti di sviluppo riferita ai fenomeni universali dell'adolescenza (Palmonari, 1993):

- in rapporto con la pubertà e il risveglio delle pulsioni sessuali; • in rapporto all'allargamento degli interessi personali e sociali e all'acquisizione del pensiero ipotetico-deduttivo; • in rapporto alla problematica dell'identità (o della riorganizzazione del concetto di sé).

valutativo e attivo, cioè faccio una foto della situazione e provo ad attivare degli interventi [...] l'intervento deve essere sempre volto a valutare se quella situazione critica è recuperabile e modificabile". Il ricorso a questa tipologia di intervento può avvenire in situazioni nelle quali "si hanno informazioni poco chiare e preoccupanti ma sicure", "in fasi di rientro del minore in famiglia a seguito di un allontanamento e quindi è necessario supportare questa fase e monitorarla" e "quando c'è stato un allontanamento della madre con i bambini e si interviene in direzione di una maggiore autonomia della madre terminato il percorso in comunità".

5.3 Secondo interrogativo: come il dispositivo degli *interventi educativi domiciliari* viene attivato nei Servizi Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna e quali caratteristiche presenta nei diversi Servizi?

Partendo dal presupposto che nel rispetto del principio di congruità (la capacità di costruire una progettualità coerente ai reali bisogni del minore e della sua famiglia) per garantire una buona qualità degli interventi sia necessario disporre di strumenti professionali specifici, confrontabili e fondati sull'evidenza, la standardizzazione degli strumenti si configura come una questione aperta sulla quale necessariamente riflettere e indagare, specie in un ambito relativamente nuovo come quello degli I.E.D.

La maggior parte delle équipes dei Servizi Sociali territoriali rispondenti (8 équipes su 13) utilizza protocolli strutturati per la progettazione e gestione degli I.E.D.⁴³ Ciascun Servizio Sociale territoriale sembra essersi adoperato nella strutturazione di strumenti utili per ciascuna fase degli I.E.D.; gli strumenti vanno da *verbali degli incontri* a *progetti educativi* a *diari di bordo* degli operatori fino a *relazioni di aggiornamento e finali dell'educatore*. Gli strumenti utilizzati dalle diverse équipes rispondenti nelle diverse fasi degli I.E.D. conterrebbero informazioni sulle attività previste ed espliciterebbero finalità e obiettivi educativi. La maggior parte degli strumenti includerebbero riferimenti a modalità di valutazione e ad altri interventi attivati a favore del minore e/o della sua famiglia. Gli strumenti sarebbero tratti dalla letteratura meno della metà delle volte (5 volte su 12).

Le figure professionali sempre presenti in ciascuna delle fasi degli I.E.D. (Avvio, Svolgimento e Conclusione) sono, secondo quanto riportato dai rispondenti, gli *Assistenti Sociali*. Il *Responsabile del Servizio Sociale territoriale – Area Minori* entra in scena prevalentemente

⁴³ Con la specificazione che nel 38% dei casi il protocollo è condiviso con altri Servizi e nel 23% è ad uso interno.

nella fase di Avvio⁴⁴ e nella fase conclusiva così come la figura del *Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.*⁴⁵. Gli *educatori* risultano essere protagonisti con gli *Assistenti Sociali* nella fase di Svolgimento mentre nella fase di Avvio risultano al fianco del *Coordinatore pedagogico* per poi essere presenti in maniera poco considerevole nella fase conclusiva⁴⁶.

Il profilo così tratteggiato riconosce all'*educatore* il ruolo di professionista adatto a svolgere gli I.E.D., coinvolto abbastanza nella fase iniziale e poco nella fase finale di restituzione, una restituzione in capo in particolar modo all'*Assistente Sociale*, responsabile della situazione.

La figura dello *Psicologo*⁴⁷ entra in scena in prevalenza nelle fasi di Sviluppo e di Conclusione, mentre altre figure professionali (professionisti del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e altri soggetti della rete) sono coinvolte soprattutto nella fase di Svolgimento.

Il ruolo dell'*educatore* negli Interventi Educativi Domiciliari viene affrontato anche nelle interviste condotte presso il Tribunale per i Minorenni di Bologna: in un'intervista un giudice afferma che "il suo privilegio è quello di entrare in casa e per questo sono necessarie tutele e precauzioni sulla definizione di quelli che sono gli obiettivi degli interventi, del ruolo dell'*educatore* che entra al domicilio, tutele sulla condivisione di queste caratteristiche specifiche in relazione con gli altri protagonisti dei Servizi Sociali territoriali come l'*Assistente Sociale* e lo *Psicologo*". La necessità di portare attenzione sul lavoro di équipe nel contesto socioeducativo è riportata, seppur con enfasi diverse, da tutti gli intervistati.

In un lavoro teso a comprendere l'attivazione degli I.E.D. nei Servizi Sociali territoriali la questione relativa al come i soggetti destinatari degli I.E.D. entrino in gioco nelle varie fasi è centrale. Nella fase di Avvio degli I.E.D. la famiglia è coinvolta 8 volte su 13, più della metà delle volte nei momenti di presentazione dell'*educatore* e di sottoscrizione del progetto. Solamente 3 volte su 8 è infatti previsto il coinvolgimento attivo della famiglia nella progettazione dell'intervento. La scena rappresentata racconta un Servizio Sociale territoriale ancorato a logiche di tipo assistenzialistico ancora lontano dall'adozione di una prospettiva del processo di *empowerment*.

Se la prospettiva dell'educativa domiciliare trova fondamento nella valorizzazione delle potenzialità dei genitori l'adozione della prospettiva del processo di *empowerment* che

⁴⁴ Responsabile del Servizio Sociale territoriale – Area Minori: fase di Avvio 77%, fase di Svolgimento 38% e fase di Conclusione 62%

⁴⁵ Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano di I.E.D.: fase di Avvio 69%, fase di Svolgimento 46% e fase di Conclusione 69%

⁴⁶ Educatore: fase di Avvio 69%, fase di Svolgimento 100% e fase di Conclusione 23%

⁴⁷ Psicologo: fase di Avvio 31%, fase di Svolgimento 46% e fase di Conclusione 46%

permetterebbe ai soggetti di concepirsi altro da sé, attribuendo loro un protagonismo nei propri contesti di vita volto a favorire il benessere familiare, dovrebbe trovare avvio laddove gli I.E.D. vengono attivati, nel Servizio Sociale territoriale.

Nella fase conclusiva il coinvolgimento della famiglia una leggera variazione in positivo (la famiglia è coinvolta 10 volte su 13) mentre per i minori quasi raddoppia (dal 46% della fase di Avvio al 77% della fase di Conclusione).

Dalle interviste ai giudici del Tribunale per i Minorenni di Bologna emerge che gli *Interventi Educativi Domiciliari* faticano a funzionare laddove sia “mancata una progettualità chiara e condivisa, base dell’agire intenzionale pedagogico”, una progettualità che “richiede consapevolezza del ruolo che ciascuno ha all’interno dell’équipe”. Ciò che viene riportato è che sono centrali e necessari la chiarezza nei ruoli, negli obiettivi, negli strumenti, nei tempi e nei destinatari degli interventi. Rispetto a questi ultimi non emerge, dalle interviste condotte, una linea comune del Tribunale per i Minorenni di Bologna: se la tendenza predominante è quella di considerare la famiglia e i minori il focus degli interventi c’è chi considera il minore l’unico destinatario (“Gli interventi educativi domiciliari che noi disponiamo come mandato del Tribunale sono in primis una tutela per il minore, poi forniscono informazioni relative anche al gruppo familiare [...] Il focus è il sostegno al minore nel suo contesto familiare”). Il punto di vista dei destinatari è riconosciuto come rilevante ai fini del funzionamento dell’intervento, in particolare rispetto a livelli di adesione al progetto e alle modalità di accoglienza dell’educatore al domicilio e in generale dell’intervento. Rispetto al coinvolgimento dei destinatari nella fase di progettazione non viene detto molto; tranne le considerazioni sopra riportate il “come attuare gli interventi” sembra essere di competenza del Servizio Sociale territoriale e non vengono citate eventuali indicazioni da parte del Tribunale per i Minorenni.

CONCLUSIONI

Gli *interventi educativi domiciliari*, perseguendo la finalità generale di mantenere il minore nella famiglia d'origine anche in presenza di situazioni di disagio familiare e connotando l'intervento come risorsa per il sistema familiare nel suo complesso (Janssen, 2003), risultano essere temi di rilevanza su cui vale la pena fare ricerca in considerazione del *ritorno alla domiciliarità* e dalla necessità di prevenire l'allontanamento dei minori dalle loro famiglie. Obiettivo dell'indagine presentata è stato proprio quello di fare maggiore chiarezza su tale tema con la finalità ulteriore di fornire indicazioni in grado di orientare politiche e pratiche future in ambito regionale e nazionale.

Nella convinzione che il punto di partenza di questo articolato lavoro di ricerca fosse l'analisi dell'interpretazione del dispositivo degli I.E.D. da parte dei principali soggetti richiedenti l'attivazione nel contesto della Regione Emilia-Romagna (Servizi Sociali territoriali – Area Minori e Tribunale per i Minorenni di Bologna) si è deciso di avviare l'esplorazione attraverso la somministrazione di questionari ai Responsabili dei Servizi Sociali territoriali – Area Minori della Regione Emilia-Romagna e di interviste ai giudici del Tribunale per i Minorenni di Bologna. Tale scelta, in considerazione del grande divario tra richieste e risposte ottenute, si è rivelata controversa ma necessaria. Nonostante infatti il numero esiguo di dati a disposizione, il presente lavoro potrà essere utilizzato per proseguire nell'indagine sugli *interventi educativi domiciliari* mettendo a fuoco alcuni degli aspetti che sono emersi marcatamente.

Il primo aspetto che si intende evidenziare è relativo alla terminologia. Se fare ricerca sulle parole, censirle, mapparle e coglierle nello specifico sistema di riferimento per portarle a un livello di riflessività è il primo passo di un lavoro teso a interpretare lo specifico dispositivo degli I.E.D., l'eterogeneità e la diversità terminologica emerse a livello regionale sono indicatori di significazioni e di dinamiche di funzionamento differenti. Nella direzione della progettazione di politiche e pratiche operative condivise a livello regionale e nazionale, tale eterogeneità è il primo aspetto da considerare.

Il secondo aspetto è relativo alle modalità di lavoro nei contesti socioeducativi. L'approccio ecologico dello sviluppo umano, raccomandato nel rapporto dell'OMS su “Violenza e salute”⁴⁸ e modello teorico di riferimento della Regione Emilia, suggerisce l'adozione di una prospettiva

⁴⁸ In: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf

flessibile e sistemica nella pratica operativa volta a integrare i vari livelli (individuale, familiare, educativo, comunitario, ecc.) per favorire lo sviluppo e la promozione del benessere del soggetto in crescita e del suo ambiente di vita. Un sistema, quello auspicato, che si fa curante attraverso la costruzione di connessioni tra diverse discipline, risorse e livelli d'intervento (Cheli, Mantovani e Mori, 2015), che, attraverso una conoscenza approfondita del territorio, progetta e realizza gli interventi in integrazione e collaborazione con gli altri soggetti (istituzionali e associativi, pubblici e privati) presenti e attivi sul territorio, un sistema che indentifica una figura interna stabile alle rete come referente garante della continuità del processo relazionale (Bastianoni, 2012). Tale prospettiva restituisce ai genitori uno spazio di azione garantito mediante un intervento volto a sostenere la famiglia nel fronteggiare aspetti difficili e critici del proprio percorso di vita, una sorta di impalcatura (*scaffolding*) che consente al sistema familiare di resistere alla crisi e di aumentare la propria resilienza come risultato congiunto e interdipendente tra la propria motivazione e il sostegno dell'impalcatura. La prospettiva che emerge dall'indagine svolta, racconta un sistema ancora lontano da logiche di compenetrazione e di interazioni tra soggetti istituzionali e informali, appena abbozzata appare la tendenza alla valorizzazione e al riconoscimento reciproco delle specifiche competenze dei diversi attori. La tendenza è quella di operare in modo frammentato e poco integrato, con il rischio di favorire lo sviluppo di visioni unilaterali, scisse e a volte conflittuali. Una prospettiva che lascia ancora troppo fuori dalla progettazione genitori, minori e famiglie, relegati al ruolo di meri fruitori di servizi.

Un terzo aspetto che emerge dall'indagine è il bisogno impellente, sia nel contesto dei Servizi Sociali territoriali che in quello del Tribunale per i Minorenni, di formazione trasversale ai vari operatori (Assistenti Sociali, educatori, Giudici, etc.) in materia di I.E.D.: la formazione sembra essere un tema centrale e sul quale necessariamente investire.

In conclusione, per tracciare i possibili futuri sviluppi della ricerca sugli *interventi educativi domiciliari* nella Regione Emilia-Romagna, si intendono riprendere le parole di Umberto Eco tratte da *Sei passeggiate nei boschi narrativi* (2012):

Ci sono due modi per passeggiare in un bosco. Nel primo modo ci si muove per tentare una o molte strade (per uscirne al più presto o per riuscire a raggiungere la casa della Nonna, o di Pollicino, o di Hänsel e Gretel); nel secondo modo ci si muove per capire come sia fatto il bosco, e perché certi sentieri siano accessibili e altri no. [...] Per sapere come la storia va a finire basta, di solito, leggere una volta sola. Per riconoscere l'autore modello occorre leggere molte volte, e certe storie bisogna leggerle all'infinito (Eco, 2012, p. 36)

Nel percorso di Dottorato ci si è mossi “per capire come sia fatto il bosco, e perché certi sentieri siano accessibili e altri no”. Giunti a questo primo livello parziale di comprensione si intende percorrere, nel bosco degli *interventi educativi domiciliari*, il sentiero relativo alla figura professionale dell’educatore nella convinzione che “certe storie bisogna leggerle all’infinito” e secondo angolature differenti.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist: and revised child behavior profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Al, C. M., Stams, G. J. J., van der Laan, P. H., & Asscher, J. J. (2011). The role of crisis in family crisis intervention: Do crisis experience and crisis change matter?. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 991-998.
- Al, C. M., Stams, G. J. J., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1472-1479.
- Angelou, M. (1985). Keeping families together: The case for family preservation. *New York: Edna McConnell Clark Foundation*.
- Arona M., Battistini M., Carta E., Fratti C., Gatti A. (1990). Assistenza domiciliare ai minori. Un servizio a Pavia. *Prospettive sociali e sanitarie*, 3, 8-11.
- Assembly U. G. (2009). Guidelines for the alternative care of children. *New York: UN*. Retrieved November, 13, 2015.
- Balboni, M. (1992). La Convenzione sui diritti del fanciullo (New York, 20 novembre 1989). *Nuove leggi civ. comm*, 1151.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Barudy, J., Marquebreucq, A.P. (2005), *Les enfants des mères résilientes*. Paris: Social Editeurs.
- Bastianoni P. (2012). Il sostegno alla genitorialità fragile: il progetto di affiancamento familiare. *Minori e giustizia*, n.1, pp.212-219
- Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (2011). *Genitorialità complesse. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Milano: Uicolpi.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Belotti, V. (2007). *Le dimensioni dell'accoglienza. Il contrasto all'istituzionalizzazione di bambini e adolescenti nei servizi residenziali socio educativi della regione Veneto*. Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Veneto.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American psychologist*, 35(4), 320.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), 413.
- Bernardini C., Garena G. (1987). L'intervento educativo territoriale. *Prospettive sociali e sanitarie*, 7.
- Berry, M. (1992). An evaluation of family preservation services: Fitting agency services to family needs. *Social Work*, 37(4), 314-321.
- Berry, M. (1997). *The family at risk: Issues and trends in family preservation services*. Univ of South Carolina Pr.
- Beseghi, E. (2017). Il sogno di Alice. *Studi sulla Formazione*, 20(2).
- Biancardi, M. T. P. (Ed.). (2013). *Curare senza allontanare. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia* (Vol. 176). Milano: FrancoAngeli.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558-566.
- Biehal, N. (2005) Working with adolescents at risk of out of Home Care: the effectiveness of specialist teams, *Children and Youth Services Review*, vol. 27, 1045-1059.
- Bryce, M., & Lloyd, J. C. (Eds.). (1981). *Treating Families in the Home: An Alternative to Placement: [proceedings of the Second National Symposium on Home-Based Services, University of Iowa, 1979]*. Charles C. Thomas.
- Bronfenbrenner U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, Bologna
- Brousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contextes de négligence: évolution et défis de l'intervention auprès des familles, *Enfances Familles Générations*, 16, p. 95-112.
- Bruner, J. S. (1992). *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. Basic books.
- Bucarelli, P., & Filistrucchi, P. (2014). Conflittualità e violenza domestica: distinguere per proteggere i bambini, Intervento al Congresso Nazionale Cismai, Il bambino separato: genitori in conflitto e figli invisibili. *Percorsi di tutela e cura*.
- Callahan, J. (1994). Defining crisis and emergency. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry.
- Carrier G. e Beaudouin S. (1994), La situation familiale des enfants déplacés. In G. Pronovost (a cura di), *Comprendre la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 262-281.

- Carroll L., *Alice's Adventures in Wonderland*, London, McMillian, 1865. Trad. it. T. Giglio, *Alice nel Paese delle Meraviglie*, Milano, Rizzoli, 1986
- Chito, G. (2000). *Metodi della ricerca sociale, la storia, le tecniche, gli indicatori*. Roma: Carocci.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Coggi, C., & Ricchiardi, P. (2005). *Progettare la ricerca empirica in educazione* (pp. 1-270). Roma: Carocci.
- Coleman, J. C., Hendry, L., Conte, R., & Palmonari, A. (1992). *La natura dell'adolescenza*. Bologna: Il mulino.
- Contini, M., Fabbri, M., & Manuzzi, P. (2006). *Non di solo cervello: educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). 'What works?' Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family therapy*, 19(2), 121-124.
- Demozzi, S. (2008). Le avventure di Alice tra controllo e cambiamento. *Una rilettura pedagogica del classico di L. Carroll*.
- Desmet H. e Pourtois J.P. (a cura di) (2005). *Culture et bientraitance*. Bruxelles:De Boeck.
- Deković, M., Slagt, M. I., Asscher, J. J., Boendermaker, L., Eichelsheim, V. I., & Prinzie, P. (2011). Effects of early prevention programs on adult criminal offending: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(4), 532-544.
- Di Blasio, P., & Acquistapace, V. (2002). La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi. *Atti del Seminario La prevenzione del disagio nell'infanzia e nella adolescenza, Istituto degli Innocenti*, Firenze.
- Di Blasio, P. (Ed.). (2005). *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali.*, Milano: Unicopli.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S.M., Mcfarlane, E., Windham, A., Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 623-643.
- Dunn, D. M., Culhane, S. E., & Taussig, H. N. (2010). Children's appraisals of their experiences in out-of-home care. *Children and youth services review*, 32(10), 1324-1330.
- Emiliani F. (2008). *La realtà delle piccole cose. Psicologia del quotidiano*, Bologna: Il Mulino.

Ethier, L. S., Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C., & Couture, G. (1991). Évaluation multidimensionnelle des enfants victimes de négligence et de violence. *Rapport de*.

European Commission. Directorate-General for Employment, & Inclusion. Directorate A. (2011). *Employment and Social Developments in Europe*. Publications Office of the European Union.

Fabbri, L. (2007). *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo: per una formazione situata*. Roma: Carocci.

Faeti A. (2010). *Gli amici ritrovati. Tra le righe dei grandi romanzi per ragazzi*. Milano,: Rizzoli

Fabio, R. A. (2003). *Genitori positivi, figli forti. Come trasformare l'amore*. Trento: Erickson.

Formenti, L., & Gamelli, I. (1998). *Quella volta che ho imparato: la conoscenza di sé nei luoghi dell'educazione*. Milano: R. Cortina.

Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Montchrestien.

Fraser, M. W., Pecora, P J., Haapala, D. A., a cura di (1991). *Families in crisis: The impact of intensive family preservation services*. New York: Aldine de Gruyter.

Fraser, M. W., Nelson, K. E., & Rivard, J. C. (1997). Effectiveness of family preservation services. *Social Work Research*, 21(3), 138-153.

Garbarino, J. (1990). Youth in dangerous environments: Coping with the consequences. *Health hazards in adolescence*, 193-218. Gardini M. P. (1989). Dal progetto alla realtà operativa. *Prospettive sociali e sanitarie*, 10.

Gardini M. P. (1990). Il progetto ADM del Comune di Milano. In *Rivista del servizio sociale*, 2.

Gardini M. P., & Tessari, M. (1992). *L'assistenza domiciliare per i minori*. Firenze: La Nuova Italia Scientifica.

Ghate D. (2008). Elementi chiave di una prassi efficace di lavoro con I genitori di famiglie a rischio: cosa ci dice la ricerca internazionale. In Canali, C., Vecchiato, T., Whittaker, J.K., a cura di. *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*. Padova: Fondazione Zancan, 327-330.

Ghezzi M., Lodigiani L. (1987). Assistenza domiciliare educativa a nuclei e minori a rischio: un'iniziativa sperimentale a Pavia. *Rivista di servizio sociale*, 4.

Gingerich, W. J., Kim, J. S., Stams, G. J. J. M., & Macdonald, A. J. (2011). Current evidence base for solution focused therapy. *Solution-focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*, 301-305.

Giordano, M. (2009). Esperienze sfavorevoli infantili e prevenzione: il ruolo dei servizi sociali, intervento al congresso Cismai. *Stati generali sul mal-trattamento dell'infanzia in Italia*.

Golan, N. (1987). Crisis intervention. In *Encyclopedia of social work* (Vol. 1, pp. 360-372). National Association of Social Workers Washington DC.

Goldstein, A. P. (1973). *Structured learning therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. Academic Press.

Gordon, D. A., Graves, K., & Arbuthnot, J. (1995). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22(1), 60-73.

Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 556-566.

Guidicini, P. (1995). *Questionari, interviste, storie di vita: come costruire gli strumenti, raccogliere le informazioni ed elaborare i dati* (Vol. 256). Milano: FrancoAngeli.

Havighurst, R. J. (1952). Social and psychological needs of the aging. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 279(1), 11-17.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2(4), 283-293.

Hutchison, E. D., Dattalo, P., & Rodwell, M. K. (1994). Reorganizing child protective services: Protecting children and providing family support. *Children and Youth Services Review*, 16(5-6), 319-338.

Ingrassia, M., & McCormick, J. (1994). Why leave children with bad parents?. *Newsweek*, 123(17), 52-57.

Iori V. (a cura di). (2001). *Famiglie, domiciliarità, relazioni*. Milano: Unicopli.

Iori V. (2006). Genitorialità e servizi sociali: l'Osservatorio Famiglie e il Centro per le famiglie di Reggio Emilia, in *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 1, 2006, pp. 49-63

Institute of Education Sciences (Ed). (2013). *Common guidelines for education research and development*.

Kinney, J. M., Madsen, B., Fleming, T., & Haapala, D. A. (1977). Homebuilders: Keeping families together. *Journal of consulting and clinical psychology*, 45(4), 667.

Kinney, J. M., & Haapala, D. A. Booth., C.(1991). *Keeping families together: The Homebuilders model*.

Lacharité C., Ethier L., Nolin P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, n. 59 (4), pp. 381-394.

Leavitt, S., Booth, C. (2010). Homebuilders home-based intervention for families: key strategies for achieving positive outcomes. In Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. Inside out. *How interventions in child and family care work*. Apeldordn: Garant, 171-174.

Lindsey, D., Martin, S., & Doh, J. (2002). The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 743-775.

Lucisano P., Salerni A. (2002). *Metodologia della ricerca in educazione e formazione*. Roma: Carocci.

Maci, F. (2011). *Lavorare con le famiglie nella tutela minorile*, Trento: Erikson.

Maluccio, A. N., Pine, B. A., & Warsh, R. (1994). Protecting children by preserving their families. *Children and youth services review*, 16(5-6), 295-307.

Masterpasqua, F. (1989). A competence paradigm for psychological practice. *American Psychologist*, 44(11), 1366.

Maurizio R. (a cura di) (1991). L'educativa domiciliare. Il lavoro con i minori a disagio. Insetto di *Animazione Sociale*, 9, 21- 53.

McCroskey, J., & Meezan, W. (1997). *Family Preservation & Family Functioning*. Child Welfare League of America Inc., c/o PMDS, PO Box 2019, Annapolis Junction, MD 20701-2019.

Merotto C, Salvi N. (1988). L'assistenza educativa ai minori: tra famiglia e territorio. *Animazione sociale*, 1, 45-48.

Milani, P. (2001). *Manuale di educazione familiare: ricerca intervento e formazione*. Trento: Erickson.

Milani, P. (2004). I servizi alla persona e alla comunità interrogano la pedagogia: alcune questioni aperte. In Xodo, C. a cura di. *La persona prima evidenza pedagogica per una scienza dell'educazione*. Lecce: Pensa Multimedia, 77-100.

Milani, P. (2007). Dalla tutela del minore al ben-trattamento delle famiglie. Allontanamento dei minori e genitorialità: alcune questioni aperte, in *Minori Giustizia*, 3, 2007, pp. 27-45

Milani, P. (2009). *La formazione e la ricerca in educazione familiare. Stato dell'arte in Italia*, in Rivista Italiana di *Educazione Familiare*, 1, pp. 17-35.

Milani, P. (2009). Buongiorno signora Rossi. Domiciliarità e personalizzazione degli interventi con le famiglie vulnerabili, in Rivista Italiana di *Educazione Familiare*, 2, pp. 7-22.

Milani, P., & Saugo, S. (2009). Una scheda per l'educativa territoriale. *Lavoro Sociale*, 9(2), 261-275.

Milani, P. at al. (2011). *PIPPi, Programmi di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione, Cittadini in Crescita*, Istituto degli Innocenti, 2/3.

Moran, P., Ghate D., Van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support: a review of the international evidence*. London: DfES.

Nelson, K. E., & Landsman, M. J. (1992). *Alternative models of family preservation: Family-based services in context*. Charles C Thomas, Publisher.

Janssen, C. (2002). *L'educatore nella casa del bambino: il sostegno educativo a minori e famiglie in difficoltà*. Casa editrice ambrosiana: Milano.

Janssen C. (2003). L'intervento educativo domiciliare e il sostegno alla genitorialità. *Animazione Sociale*, 4, 83-89.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., ... & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637-643.

Olds, D., Henderson Jr, C., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., & Tatelbaum, R. (1998). The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*, 26(1), 5-21.

Olds, D. L., Henderson Jr, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The future of Children*, 44-65.

Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.

Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.

Olivetti Manoukian, F. (2007). Cinque ipotesi per cambiare. Come continuare a tutelare i fondamentali diritti di cittadinanza. *Animazione sociale*, 1.

Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza Regione Emilia-Romagna (2009). Lavorare per bambini e ragazzi nei servizi sociali territoriali. Un'indagine sugli operatori dell'Emilia-Romagna, Bologna. (consultabile al sito: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>)

Palacio-Quintin, E., & Éthier, L. S. (1993). La négligence, un phénomène négligé. *Apprentissage et socialisation*, 16(1), 153-167.

Palacio-Quintin, E., Ethier, L. S., & Jourdan-Ionescu, C. (2000). L'intervention auprès des familles. *Blessure d'enfant: la maltraitance: théorie, pratique et intervention*

Palacio-Quintin E. (2001). Cambiamenti familiari a lungo termine nelle famiglie negligenti in seguito a un intervento ecosistemico, in Milani P. (a cura di), *Manuale di educazione familiare: ricerca, intervento, formazione*. Trento: Erickson, pp. 229-244.

Pecora, P. J., Fraser, M. W., Haapala, D., & Bartlome, J. A. (1987). Defining family preservation services: Three intensive home-based treatment programs. *Salt Lake City: University of Utah Social Research Institute*.

Milani, P., & Pegoraro, E. (2011). *L'intervista nei contesti socio-educativi: una guida pratica*. Roma: Carocci.

Pourtois, J.P., Desmet, H., a cura di (2000). *Relation familiale et résilience*. Paris: L'Harmattan.

Premoli, S., Confalonieri, M., Volpi, M. (2012). In terra straniera serve tempo. Entrare come educatrici a casa di bambini e genitori vulnerabili. *Animazione sociale*, 43(259), 91-101.

Premoli, S. (Ed.). (2008). *Il coordinamento pedagogico nei servizi socioeducativi*. Milano: Franco Angeli.

Proch K. e Taber M.A. (1987). Alienated adolescents in foster care, *Social Work Research and Abstracts*, pp. 9-13.

Rapoport, L. (1962). The state of crisis: Some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36(2), 211-217.

Rapaport, D., Schafer, R., Holt, R. R., & Gill, M. M. (1970). *Diagnostic Psychological Testing: Rev. ed.* University of London Press.

Regoliosi, L., & Scaratti, G. (2002). *Il consulente del lavoro socioeducativo. Formazione, supervisione, coordinamento*. Roma: Carocci.

Reid, W. J., Kagan, R. M., & Schlosberg, S. B. (1988). Prevention of placement: critical factors in program success. *Child welfare*, 67(1).

Rodotà, S. (2015). *Diritto d'amore*. Gius. Laterza & Figli Spa.

Rose, W., Aldgate, J., McIntosh, M. & Hunter, H. (2009). High-risk children with challenging behaviour: changing directions for them and their families. *Child and Family Social Work*, 14, 178-188.

Rossi, P. H. (1992). Assessing family preservation programs. *Children and youth services review*, 14(1-2), 77-97.

Ruggeri, P. (2004). L'intervento educativo domiciliare. *Animazione Sociale*, 4, 74-77.

Ryan, J. P., & Schuerman, J. R. (2004). Matching family problems with specific family preservation services: A study of service effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 26(4), 347-372.

Scaratti, G., & Mastropasqua, I. (1998). *Le avventure di Dike. Il lavoro socio-educativo nei servizi della giustizia minorile*. Milano: Franco Angeli.

Schuerman, J. R., Rzepnicki, T. L., Littell, J. H., (1994), *Putting families first: An experiment in family preservation*. New York: Aldine de Gruyter.

Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Edizioni Dedalo, Bari.

Sellenet C. (2007). *La parentalité décryptée. Pertinence et dérive d'un concept*. Paris: L'Harmattan.

Serbati, S., Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di interventi con le famiglie vulnerabili*. Roma: Carrocci.

Serbati, S. (2014). Famiglie vulnerabili: un'esperienza di «educativa domiciliare». *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 9(1), 5-20.

Sità, C. (2005). *Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e prospettive educative*, Brescia: La Scuola.

Stebbins R. A. (2001). *Exploratory research in the social sciences* (Vol. 48). Oaks: Sage.

Thieman, A. A., & Dail, P. W. (1992). Iowa's family preservation program: FY 1991 evaluation. Ames, IA: Iowa State University.

Tuggia, M. (2009). Il lavoro "disturbato" della famiglia d'origine, in Mazzocchin O., *Dare cittadinanza all'ambiente d'origine. Nuove opportunità per i ragazzi e le famiglie in situazioni di difficoltà e fragilità*. Bassano del Grappa, pp. 59-72.

Atti del convegno (1990), *Assistenza domiciliare psicoeducativa ai minori* (Bologna, dicembre 1989), USL 22 S. Lazzaro di Savena (BO)

Watzlawick, J. (1967). Helmick-Beavin, D. Jackson. *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*.

Willis, R., Holland, S. (2009). Life story work Reflections on the experience by looked after young people. *Adoption & fostering*, 33 (4), 44-52.

Wolfner, G. D., & Gelles, R. J. (1993). A profile of violence toward children: A national study. *Child Abuse & Neglect*, 17(2), 197-212.

World Health Organization, & World Health Organization. (2006). International society for prevention of child abuse and neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 7-10.

Yuan, Y. Y. T., & Rivest, M. (Eds.). (1990). *Preserving families: Evaluation resources for practitioners and policymakers* (Vol. 117). SAGE Publications, Incorporated.

Zammuner, V. L. (1998). *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Bologna: Il mulino.

SITOGRAFIA

CISMAI, Linee guida per gli interventi di home visiting, <http://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/>, 6/10/2018

Regione Emilia-Romagna, Glossario SISAM, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/documenti-allegati-sisam/documentazione-per-importazione-dati/glossario-sisam/view>, 6/10/2018

Regione Emilia-Romagna e Osservatorio per l'Infanzia e l'adolescenza, "Lavorare per bambini e ragazzi nei servizi sociali territoriali", <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/ricerche-e-statistiche-servizio-politiche-familiari/lavorare-per-bambini-e-ragazzi-nei-servizi-sociali-territoriali>, 6/10/2018

Regione Emilia-Romagna, Linee guida P.I.P.P.I. 2017-2018, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/progetti-di-ricerca/documenti-pippi/allegato-1-p-i-p-p-i-2017-2018/view>, 20/09/2018

Gazzetta Ufficiale fonte ufficiale delle norme in vigore in Italia, <http://gazzettaufficiale.it>, 6/10/2018

APPENDICE 1

QUESTIONARIO

**Gli interventi educativi domiciliari nei Servizi Sociali territoriali della
Regione Emilia-Romagna**

1. Dati socio anagrafici

1. Genere

☐ M

☐ F

2. Et 

☐ <30

☐ 31-40

☐ 41-50

☐ >50

3. In possesso di Laurea

☐ S 

☐ No

4. Provincia di ubicazione del Servizio Sociale territoriale

2. L'intervento educativo domiciliare (I.E.D.)

5. Gli I.E.D. assumono diverse denominazioni nei Servizi in cui vengono attivati. Per favore indichi la denominazione che comunemente utilizzate:

6. Chi propone l'attivazione di I.E.D.? Indichi la frequenza con cui gli enti riportati di seguito richiedono l'attivazione di I.E.D.

	Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre
Tribunale per i Minorenni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tribunale Ordinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizio Sociale territoriale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizio di Neuropsichiatria Infantile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altro (specificare)

7. Indichi il numero degli I.E.D. attivati da Gennaio 2018 a Maggio 2018 utilizzando gli intervalli proposti

- ☐ <5
- ☐ 6-15
- ☐ >15

3. L'equipe dei professionisti di I.E.D.

8. Il gruppo di lavoro che si occupa degli I.E.D. è composto da (indichi accanto alla professione il numero esatto)

assistenti sociali	
educatori	
pedagogisti	
psicologi	
volontari	
trucchianti	
servizio civile	
altro (specificare professione e numero)	

9. Che età hanno gli educatori che si occupano degli I.E.D.? Indichi accanto alle fasce d'età il numero degli educatori utilizzando la scala proposta

	Nessuno	Meno della metà	La metà	Più della metà	Tutti
<30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31-40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quanta esperienza hanno gli educatori che si occupano degli I.E.D.? Specifici accanto agli anni di esperienza in questo tipo di intervento il numero degli educatori utilizzando la scala proposta

	Nessuno	Meno della metà	La metà	Più della metà	Tutti
Meno di 2 anni di esperienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da 3 a 5 anni di esperienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Più di 5 anni di esperienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. A che tipologia di Ente appartengono gli educatori che si occupano degli I.E.D.? Specifichi accanto alla tipologia di Ente il numero di educatori utilizzando la scala proposta

	Nessuno	Meno della metà	La metà	Più della metà	Tutti
Comune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privato sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare Ente e numero)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Che tipo di formazione hanno gli educatori che si occupano degli I.E.D.? Specifichi accanto al titolo di studio il numero di educatori utilizzando la scala proposta

	Nessuno	Meno della metà	La metà	Più della metà	Tutti
Diploma di scuola secondaria superiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laurea triennale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laurea quadriennale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laurea Magistrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altro (specificare)

13. Quanti educatori che si occupano di I.E.D. hanno svolto una formazione specifica in merito? Risponda utilizzando la scala proposta

Nessuno	Meno della metà	La metà	Più della metà	Tutti
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Quali tipologie di formazione specifica hanno svolto gli educatori che si occupano degli I.E.D.? Utilizzi i campi proposti specificando, per ciascuna formazione, da chi è stata promossa, la durata e i contenuti

Formazione 1	<input type="text"/>
Formazione 2	<input type="text"/>
Formazione 3	<input type="text"/>
Formazione 4	<input type="text"/>
Formazione 5	<input type="text"/>
Formazione 6	<input type="text"/>

4. Il coordinatore pedagogico

15. Chi coordina l'equipe degli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ Nessuno
- ☐ Coordinatore Pedagogico
- ☐ Assistente Sociale
- ☐ Altro (specificare)

16. Quale formazione ha chi coordina gli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ Pedagogia
- ☐ Psicologia
- ☐ Servizi Sociali
- ☐ Altro (specificare)

17. Che età ha chi coordina gli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ <30
- ☐ 31-49
- ☐ >50

18. Da quanti anni svolge il ruolo di coordinatore degli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ Meno di 2 anni
- ☐ Da 3 a 5 anni
- ☐ Più di 5 anni

19. A che tipologia di Ente appartiene chi **coordina** gli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ Comune
- ☐ ASL
- ☐ Privato Sociale
- ☐ Altri (specificare)

20. Chi **coordina** gli educatori che si occupano degli I.E.D. ha svolto formazione specifica nell'ambito degli interventi educativi domiciliari?

- ☐ Sì
- ☐ No

5. Organizzazione del lavoro di équipe

21. Sono previsti incontri di équipe tra gli educatori che si occupano degli I.E.D.?

- ☐ No
- ☐ a cadenza settimanale
- ☐ a cadenza quindicinale
- ☐ ogni 3 settimane
- ☐ a cadenza mensile
- ☐ periodica

22. Se si fanno incontri di équipe tra gli educatori degli I.E.D. come sono impostati? (possibili più risposte)

- ☐ orientati alla progettazione funzionale
- ☐ aperti alla riflessione e al confronto tra colleghi interni
- ☐ aperti alla riflessione e al confronto con colleghi e professionisti esterni all'équipe educativa

23. Sono previste forme di supervisione agli educatori? (possibili più risposte)

- ☐ No
- ☐ supervisione individuale
- ☐ supervisione di gruppo
- ☐ Altro (specificare)

6. La progettazione, la realizzazione e la valutazione dell'intervento educativo domiciliare

La progettazione e la gestione degli I.E.D. è svolta secondo modalità molto eterogenee nei diversi territori. Le seguenti domande ci servono per capire le diverse modalità utilizzate a livello regionale

24. All'interno del vostro Servizio la progettazione e la gestione degli I.E.D. segue un protocollo strutturato?

- ☐ No
- ☐ Sì, ad uso interno
- ☐ Sì, condiviso con altri Servizi
- ☐ Altro (specificare)

Indipendentemente dall'esistenza o meno del protocollo indichi come è organizzato il vostro Servizio nel realizzare le fasi di **AVVIO**, **SVOLGIMENTO** e **CONCLUSIONE** degli I.E.D.

FASE DI AVVIO

25. Indichi i soggetti coinvolti nella **fase di AVVIO** degli I.E.D.

- ☐ Responsabile del Servizio Sociale territoriale - Area Minori
- ☐ Assistente Sociale
- ☐ Psicologo
- ☐ Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.
- ☐ Educatori
- ☐ Famiglia
- ☐ Minori
- ☐ Altro (specificare)

26. Indichi le azioni della **fase di AVVIO** (es: incontro preliminare alla presenza di Assistente Sociale e coordinatore degli educatori che si occupano degli I.E.D., incontro per condivisione del progetto con..., etc.)

27. Indichi gli strumenti della **fase di AVVIO** (es: modulistica per avvio del servizio, verbale incontri, etc)

FASE DI SVOLGIMENTO

28. Indichi i soggetti coinvolti nella **fase di SVOLGIMENTO**

- ☐ Responsabile del Servizio Sociale territoriale - Area Minori
- ☐ Assistente Sociale
- ☐ Psicologo
- ☐ Coordinatore degli educatori che si occupano degli I.E.D.
- ☐ Educatori
- ☐ Famiglia
- ☐ Minori
- ☐ Altro (specificare)

29. Indichi le azioni della **fase di SVOLGIMENTO** (incontri di monitoraggio del progetto tra gli operatori, incontri di monitoraggio dell'andamento del progetto con la famiglia, etc)

30. Indichi gli strumenti della **fase di SVOLGIMENTO** (es: diari di bordo, verbali degli incontri, etc)

FASE DI CONCLUSIONE

31. Indichi i soggetti coinvolti nella fase di **CONCLUSIONE**

- ☐ Responsabile del Servizio Sociale territoriale - Area Minori
- ☐ Assistente Sociale
- ☐ Psicologo
- ☐ Coordinatore pedagogico degli educatori che si occupano degli I.E.D.
- ☐ Famiglia
- ☐ Minori
- ☐ Altro (specificare)

32. Indichi le azioni della fase di **CONCLUSIONE** (es: incontro di verifica tra gli operatori, incontro di restituzione con la famiglia, etc)

33. Indichi gli strumenti della fase di **CONCLUSIONE** (es: relazione finale, etc)

STRUMENTI

34. Precisi se gli strumenti che ha citato nelle domande n. 27, 30 e 33 hanno le seguenti caratteristiche. Scriva nello spazio dedicato quale/i strumento/i possiede/possiedono la caratteristica indicata

è tratto (ed eventualmente
riadattato) dalla letteratura

contiene informazioni sulle
attività previste

esplicita finalità e obiettivi
educativi

include riferimenti a
modalità di valutazione

include riferimenti ad altri
interventi attuati a favore
del minore e/o della sua
famiglia

7. Analisi degli I.E.D.

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento a
3 INTERVENTI EDUCATIVI DOMICILIARI ATTIVATI DAL SUO SERVIZIO con le
seguenti specifiche:

Intervento 1 attivato a favore di minore nella fascia 0-6 anni.

Intervento 2 attivato a favore di minore nella fascia 7-12 anni

Intervento 3 attivato a favore di minore nella fascia 13-18.

Nella compilazione faccia riferimento agli interventi educativi domiciliari attivati più recentemente.

INTERVENTO 1 - FASCIA 0-6 ANNI

35. Indichi chi sono i destinatari dell'I.E.D.

- ☐ minori
- ☐ genitori
- ☐ famiglia
- ☐ Altro (specificare)

36. Indichi la composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede

37. Indichi gli obiettivi perseguiti con l'I.E.D.

INTERVENTO 2 - FASCIA 7-12

38. Indichi chi sono i destinatari dell'I.E.D.

- ☐ minori
- ☐ genitori
- ☐ famiglia
- ☐ Altro (specificare)

39. Indichi la composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede

40. Indichi gli obiettivi perseguiti con l'I.E.D.

INTERVENTO 3 - FASCIA 13-18

41. Indichi chi sono i destinatari dell'I.E.D.

- ☐ minori
- ☐ genitori
- ☐ famiglia
- ☐ Altro (specificare)

42. Indichi la composizione del nucleo familiare in cui il minore risiede

43. Indichi gli obiettivi perseguiti con l'I.E.D.

RELAZIONE FINALE

44. Quali caratteristiche hanno le relazioni finali degli I.E.D. redatte dagli educatori? (possibili più risposte)

- ☐ vengono riportati in modo dettagliato elementi della quotidianità
- ☐ vengono riportate valutazioni dell'educatore
- ☐ vengono proposte modifiche e/o integrazioni progettuali
- ☐ vengono riportati episodi significativi ai fini della valutazione e della comprensione della situazione
- ☐ le relazioni hanno caratteristiche diverse a seconda di chi la redige
- ☐ Altri (specificare)

8. Bisogni

45. Sulla base della sua esperienza, quali bisogni rileva nell'ambito degli I.E.D.? Valuti ciascuno dei seguenti secondo la scala proposta.

	per niente	poco	abbastanza	molto	molto molto
Linee guida condivise tra i diversi soggetti coinvolti nell'attivazione di I.E.D.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strumenti standardizzati condivisi tra i diversi Servizi (Servizio Sociale territoriale, Neuropsichiatria Infantile, Tribunale per i Minorenni, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maggiore chiarezza nell'esposizione degli obiettivi dell'intervento da parte del soggetto richiedente attivazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maggiore formazione dedicata a questo tipo di intervento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maggiore formazione dedicata a questo tipo di intervento trasversale ai vari operatori (Assistenti Sociali, educatori, Giudici, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	per niente	poco	abbastanza	molto	molissimo
Maggiore ricerca scientifica sugli I.E.D. e la loro efficacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)	<div></div>				

APPENDICE 2

TRACCIA INTERVISTA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Presentazione ed esplicitazione della ricerca.

1) Secondo noi il tema è di rilevanza, Secondo lei è un tema su cui vale la pena fare ricerca?

2) Si è deciso quindi di cominciare questo articolato e ambizioso progetto di ricerca presso il TM ritenendo che in questa sede si dia avvio al processo di attivazione degli interventi. In particolare, la nostra indagine volta ad approfondire le tematiche connesse con l'educativa domiciliare nelle diverse istituzioni parte dal presupposto che il TM sia il primo anello della catena, concorda con questa affermazione?

3) Dalla nostra ricerca bibliografica emerge una grande varietà di terminologia con cui definire questo tipo di intervento, noi abbiamo scelto di chiamarlo *intervento educativo domiciliare*, lei quale termine utilizza solitamente? Utilizza sempre questo oppure ne utilizza degli altri? In base a che cosa?

4) In quale sede si decide per la richiesta di attivazione degli interventi educativi domiciliari? Chi è presente? Quali i ruoli? Come avviene?

5) Chi solitamente propone il dispositivo di educativa domiciliare?

6) Siete sempre in accordo tra voi giudici?

7) Si ricorda l'ultimo caso in cui siete stati molto in disaccordo?

8) Quali dimensioni vengono problematizzate?

9) Perché si procede con la richiesta di attivazione dell'educativa domiciliare piuttosto che altri tipi di intervento?

10) Quando richiedete l'attivazione dell'educativa domiciliare nel decreto vengono specificati gli obiettivi? Quali? Nella sua esperienza di Giudice quali gli obiettivi maggiormente perseguiti? Viene attivato in combinazione con altri interventi, quali?

11) Nella sua esperienza è sempre funzionato questo intervento? Perché e quando ha o non ha funzionato?

12) Nella sua esperienza ci sono strumenti strutturati per l'attivazione-progettazione e verifica degli interventi?

13) Che cosa ne pensa se ci fossero strumenti condivisi a livello territoriale?

14) A voi giudici che cosa serve per poter operare al meglio? (Fornire esempi concreti)